

Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Section : Cadres en soins de santé

Quel cadre pour le cadre ?



Présenté par Fontaine Claudine

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année 2011-2012

Nous sommes en 2012, bien des choses ont évolué en un siècle, les anciens vous le diront : tout va trop vite, tout les dépasse. Perdus au milieu de cette agitation frénétique, nombre d'entre-eux entrent en institution pour personnes âgées dépendantes. Non pas qu'ils le désirent mais plus d'autres alternatives ne s'offrent à eux. Ces lieux ont changé, ils ne sont plus les hospices d'antan où vieillards et démunis finissaient leurs jours. Aujourd'hui, les établissements ont été modifiés, essayant, au plus prêt, de leur donner l'image du cocon familial. Cependant, peu de gens veulent y finir leurs jours.

De même, les soignants qui les accompagnent, semblent peu fiers des soins qu'ils dispensent aux résidents et souffrent du peu de reconnaissance que leur renvoie la société.

Nous avons dans ces quelques pages tenté de comprendre ce qui nourrissait cette vision délétère de ces institutions.

Avons-nous les moyens de pouvoir changer cela ?

C'est la question à laquelle nous avons tenté de répondre dans ce travail.

C'est ici un projet de vie.....le nôtre

Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Section : Cadres en soins de santé

Quel cadre pour le cadre ?



Présenté par Fontaine Claudine

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année 2011-2012

Je tiens à exprimer mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide pour l'élaboration de cette épreuve intégrée, je pense ici à :

Madame Windey Christine, directrice ai, des maisons de repos et de soins « La Roselle » et « Les Primevères » du C.P.A.S d'Ath, qui m'a poussée à suivre cette formation, pour ses conseils avisés, et son soutien

Monsieur Vantomme pour sa sagacité, nos échanges constructifs et ses encouragements.

Mesdames Pettiaux Catherine et Lys Florence pour leur temps précieux et leurs corrections orthographiques.

A Sylvie et Richard pour leur lecture attentive et les clins d'œil d'encouragement.

A Vincent pour le soutien des derniers jours.

Un merci tout particulier à mon Mari, pour sa présence, patience, et ses bons petits plats.

Et pour finir une pensée pour Élias, fidèle compagnon discret mais présent à chaque moment

*« Que vois-tu, toi qui me soignes? Quand tu me regardes, que penses-tu ?
Une vieille femme grincheuse, un peu folle, le regard perdu, qui bave quand elle
mange et ne répond jamais quand tu dis d'une voix forte « essayez » et qui semble
ne prêter aucune attention à ce qu'elle fait. Qui docile ou non, te laisse faire à ta
guise, le bain et les repas pour occuper la longue journée. C'est ça que tu penses,
c'est ça que tu vois ?
Alors ouvre les yeux, ce n'est pas moi. Regarde mieux et tu verras... (...)»¹*

¹ Extrait d'un texte écrit par une vieille dame terminant sa vie en gériatrie, les soignants ont retrouvé cette lettre sous son oreiller après son décès...

Table des matières:

INTRODUCTION	1
CONSTAT ACTUEL	3
PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE	5
CHAPITRE 1 : LA SOCIOLOGIE.....	7
1.1 LES DETERMINISTES.....	7
1.2 LES ACTIONNALISTES.	7
CONCLUSION :	8
CHAPITRE 2 : L'INSTITUTION.....	9
2.1 DEFINITION.	9
2.2 LES FONCTIONS DE L'INSTITUTION.	11
2.3 LES INSTITUTIONS POUR PERSONNES AGEES.....	13
2.4 LES FONCTIONS DE L'INSTITUTION POUR PERSONNES ÂGÉES.	15
2.5 L'ORGANISATION DES INSTITUTIONS POUR PERSONNES AGEES.....	17
SYNTHÈSE :	21
CHAPITRE 3 : LES ACTEURS.....	23
3.1 LES REPRESENTATIONS SOCIALES.	23
3.2 LES PERSONNES AGEES DANS NOTRE SOCIETE.....	25
3.3 LES INSTITUTIONS POUR PERSONNES AGEES.....	28
3.4 LES SOIGNANTS EN INSTITUTION POUR PERSONNES AGEES.....	31
SYNTHESE :	36
CHAPITRE 4 : LE PROJET DE VIE.....	39
4.1 PROJET DE VIE INSTITUTIONNEL	42
4.2 PROJET DE VIE DE L'ETABLISSEMENT	44
4.3 LE CADRE ET LE PROJET DE VIE	46
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	50
CONCLUSION GENERALE.....	52

ANNEXE.....	53
ANNEXE 1.....	53
ANNEXE 2.....	54
ANNEXE 3.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	62

Introduction

Chers lecteurs, le travail que vous allez découvrir avant d'être une épreuve intégrée est la rédaction d'une réflexion, fruit de plusieurs années de questionnement. En effet, ayant choisi de faire notre carrière professionnelle au sein des institutions pour personnes âgées, nous devons le reconnaître bon nombre de fois nous nous sommes senties blessées, voire agacées par le peu de reconnaissance que la société nous renvoyait. Nous ne comprenions pas pourquoi notre travail n'était pas reconnu au même titre que celui des soignants en milieu hospitalier. Nous nous évertuions par nos discours à défendre notre cause, ne nous remettant pas en question. Et puis, nous avons par hasard pris connaissance d'une lettre écrite par une vieille dame décédée dans une maison de retraite². Un extrait par ailleurs commence notre travail. Cette lettre ne peut laisser indifférent car ici, ce n'est pas le regard de la société, de collègues ou de familles mais le fruit d'une personne que nous accompagnons quotidiennement.

Il ne s'agit plus là de trouver des arguments pour défendre notre cause, mais bien de comprendre les raisons pour lesquelles une personne vivant en maison de repos a exprimé au travers d'une lettre le sentiment d'être devenue un objet de soins.

Est-ce le regard peu valorisant que la société nous renvoie qui a fini par nous faire perdre de vue le sens de notre accompagnement ? Ou l'évolution de la médecine qui a fait de la vieillesse un synonyme de maladie de laquelle on ne guérit pas ? Ceci provoquant chez nos soignants le sentiment que leur mission est vaine.

Pour tenter de répondre à ce questionnement, nous commencerons par vous exposer la situation des personnes âgées dans notre société, suivie de notre problématique exposant déjà nos deux éléments de réflexion sur les origines possibles de la représentation sociale négative de notre accompagnement aux résidents.

Ceux-ci formulés, nous avons choisi la méthode discursive pour tenter de trouver une réponse à notre questionnement : qui de l'institution ou des soignants a aidé à construire cette image délétère ? Nous développerons chacun des deux points de vue en exposant à charge ou à décharge les arguments recueillis.

² Annexe 1 page 53

Aussi avant de commencer, nous procéderons à un bref rappel sociologique, science qui s'intéresse à l'organisation de la société humaine, au cœur de notre problématique. Nous approcherons ensuite le premier pôle de notre questionnement : les institutions. Nous essaierons de les définir car tout autour de nous bon nombre d'institutions sont présentes. Nous revisiterons leurs fonctions, en vérifiant si elles s'adressent aux institutions pour personnes âgées. Nous nous sommes limités à ce champ car c'est ce dernier qui a soulevé notre questionnement. Nous parcourrons également leur organisation afin de vérifier si cette dernière a une influence sur leur évolution.

Ce chapitre terminé, nous partagerons ensemble une première synthèse qui nous permettra de faire le point sur nos différents arguments.

Nous passerons ensuite au second pôle, les acteurs et plus particulièrement à la représentation sociale des personnes âgées et des soignants. Nous nous sommes limités à ces deux derniers car ce sont eux qui sont au cœur de notre problématique. Nous avons choisi de nous y intéresser par le biais des représentations sociales, car l'analyse de ces derniers permet de mieux comprendre les relations sociales des individus et des groupes d'individus. Nous terminerons également ce chapitre par une synthèse.

Pour chacun des pôles, nous nous sommes interrogés sur la position qu'ils adoptaient vis-à-vis du projet de vie et quelles étaient pour eux les difficultés de le mettre en pratique. Ensuite, et afin de comprendre la pertinence de leurs arguments, nous nous sommes penchés sur le concept de projet pour en trouver les moyens de le rendre opérationnel.

Il nous semblait important d'éclairer notre regard sur la situation avant d'entreprendre toute démarche, ayant l'ambition de changer le regard des résidents, des familles et peut-être un jour celui de la société. Aussi, nos conclusions vous donneront les réponses de notre question de départ et les pistes pour tenter de changer les regards extérieurs en rendant le projet de vie opérationnel.

Chers lecteurs, en attendant de pouvoir échanger nos points de vue sur la question, je vous souhaite une agréable lecture.

Constat actuel

Trop souvent, le discours des responsables politiques et des familles tend à considérer le vieillissement de la population comme un problème, une difficulté économique. Que ce soit dans le cadre des retraites, du placement en maison de repos, de la surconsommation des médicaments, de la dépendance, ou encore de la démence, il va falloir y faire face. Ces propos alarmistes sont probablement fondés et pour cause, le péril gris est en marche.

Notre population vieillit, nous ne pouvons l'ignorer, les études et leurs chiffres en attestent les faits. En Belgique, on compte près de 2,4 millions de personnes de plus de soixante ans, et chaque année, on estime qu'un peu plus de 20.000 personnes viendront gonfler ce chiffre. Alors qu'au début des années 90, on dénombrait une personne de plus de 65 ans pour quatre personnes entre 20 et 65 ans, la proportion devrait être de 1 à 3 en 2020 et même de 1 à 2 en 2040. Il faut comprendre que d'ici trente ans, il y aura moins de deux actifs pour chaque personne de plus de 65 ans. En effet, tous les individus entre 20 et 65 ans ne sont pas professionnellement actifs³.

Les progrès de la médecine, l'amélioration des conditions de vie ont permis d'allonger l'espérance de vie. Cette victoire sur les années a permis, d'une part, de profiter pleinement d'une retraite méritée. Mais d'autre part, cela a engendré une génération supplémentaire au calendrier de la vie. En effet, les personnes vivent de plus en plus longtemps, les plus de 80 ans représentaient 4% de la population en 2007 et seraient estimés à 10% en 2050. Ces années de vie qui nous amènent aux 80 ans offrent une meilleure santé avec moins d'incapacité ou moins rapidement qu'auparavant. D'autre part, ce maillon complémentaire a ébranlé le cycle familial, autrefois bien organisé, avec comme conséquence une modification de l'accompagnement familial. En effet, avant les personnes âgées finissaient leurs jours chez elles ou chez leurs enfants alors qu'actuellement, elles sont placées en institution.

Cette solution n'est cependant pas une fatalité, ni une généralité, car ce n'est pas parce que l'on devient vieux que l'on rentre nécessairement en établissement de soins. Ce sont souvent les maladies, l'isolement social, et le grand âge qui sont les causes de l'entrée en maison de repos et de soins.

³http://www.kbsfrb.be/uploadedFiles/KBSFRB/05_Pictures_documents_and_external_sites/09_Publications/PUB2009_1853_LaMaisonDu21eSiecle.pdf

On estime que jusqu'à 80 ans, 95% des 65 ans ou plus vivent toujours à domicile, qu'entre 90 et 94 ans, ils ne sont plus que 55%, ce chiffre diminuant à 19% pour les 95 ans et plus.⁴

La décision de l'hébergement est rarement prise par la personne elle-même, elle lui est souvent imposée par une situation devenue ingérable pour les proches, dépassés par la lourdeur de l'accompagnement. Les parents qui sont octogénaires, voire nonagénaires, sont généralement entourés par leurs enfants qui ont soixante ans ou plus, et même s'ils ne sont plus professionnellement actifs, ils souhaitent enfin profiter à loisir de leur temps libre comme de leurs petits-enfants. De plus, les soins inhérents au grand âge ne laissent parfois pas d'autres solutions à la famille. Enfin, la multiplicité des métiers, la facilité de se déplacer et la mondialisation ont souvent dispersé les membres de la famille dans diverses régions, voire d'autres pays, laissant les parents dans un isolement géographique. Tous ces bouleversements sociologiques font que tôt ou tard la personne vieillissante ou sa famille devra envisager l'entrée en maison de repos et de soins.

Mais pourquoi cette solution est-elle toujours envisagée en dernier recours et avec autant de réticences ?

⁴ http://econosoc.be/?rub=actualite&page=dossier_age

Problématique et méthodologie

Ayant choisi de faire ma carrière professionnelle en maison de repos et de soins, bon nombre de fois, j'ai pu entendre des familles dirent, la mort dans l'âme, qu'elles étaient obligées de placer leurs parents à l'hospice, avec tout ce que cela peut supposer comme images négatives. Nous ressentons chez eux la culpabilité de ne pas pouvoir prendre soin de leurs parents, mais également de devoir les placer dans nos institutions. Parfois même, nous sous-entendons dans leur propos qu'ils ont un doute sur nos compétences professionnelles conduisant nos soignants, déjà en souffrance, à ne plus croire en la valeur de leur travail.

L'évolution de la médecine repoussant toujours plus loin les effets de l'âge, a fait des maisons de repos le dernier endroit où l'on héberge les gens qu'elle ne peut guérir ; et le soignant de confondre soigner et guérir ne croit plus en sa mission. Il est vrai qu'avec l'évolution de la médecine et les techniques de soins devenant plus pointues, la formation du praticien dans l'art de soigner a évolué, transformant insidieusement le patient sujet de soins en objet de soins. Ainsi, le sens premier du mot soigner dont la définition est la suivante « prendre soin, être attentif à, veiller à et sur... », s'est vue transformée pour nos soignants en synonyme de traiter versus guérir.

Nous pourrions illustrer ce propos avec le diagnostic infirmier qui permet de donner aux soins infirmiers une nouvelle perspective. En effet, grâce à cet outil, les infirmiers peuvent traiter légalement des situations du patient, preuve encore de leur désir de se rapprocher du corps médical. Nous comprendrons alors aisément que nos soignants en maison de repos et de soins ne croient plus en l'importance de leurs interventions. Et pour cause, la société et le monde médical ont transformé la vieillesse en une pathologie dont on ne guérit pas.

Notre société renforce l'image négative de ces « maisons de vieux », car l'histoire des hospices a laissé des traces. Aujourd'hui, il faut rester jeune à tout prix pour ne pas être obsolète, mis à l'écart de la société et ces établissements en sont en quelque sorte l'illustration. Ainsi être vieux fait peur et cette dernière résidence est considérée comme un endroit où règne l'ennui dans l'attente de la dernière heure, oubliant que ce sont des lieux de vie, où il y a de la vie.

Bien des choses pourtant ont été mises en place pour améliorer le bien-être de nos résidents en maison de repos et de soins : que ce soit au niveau architectural avec des espaces de vie beaucoup plus agréables, des chambres individuelles, une volonté d'ouvrir ces institutions sur le monde extérieur, ou au niveau des normes d'encadrement avec un personnel qualifié amené à toujours parfaire ses connaissances.

Nos législateurs, conscients des difficultés du personnel soignant et des résidents, ont fourni des outils pour améliorer le quotidien de ces deux acteurs et notamment « le projet de vie ». Ce projet est encore trop peu connu des résidents et des familles. Et trop souvent encore le soignant le considère comme une contrainte.

Cette problématique présente un tableau bien sombre des maisons de repos et de soins. Pourtant, nous pensons que la vie de nos résidents en institution s'est nettement améliorée au cours du siècle. Malgré tout, l'histoire a laissé des traces, ancrant dans la mémoire collective, l'image d'un lieu d'hébergement où les personnes âgées n'attendent plus que la fin de leur vie dans l'ennui des journées routinières.

Dans ce travail, nous allons tenter de comprendre pourquoi cette vision persiste: est-ce dû à l'institution elle-même ou aux différents acteurs de ce microcosme ? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons choisi d'utiliser la méthode discussive qui permettra d'apprécier chaque argument défendant l'un ou l'autre point de vue.

Suivant les réponses à notre questionnement, nous essayerons en tant que cadre d'élaborer des pistes d'amélioration .

Chapitre 1 : La sociologie

Notre travail va s'articuler autour des institutions pour personnes âgées et des différents acteurs qui y vivent, qu'ils soient résidents ou soignants. C'est pour cette raison qu'il nous a semblé intéressant de vous faire débiter votre lecture par un bref rappel sociologique. En effet, la sociologie est « *l'étude scientifique de l'organisation des sociétés humaines* »⁵. C'est donc la science qui s'intéresse aux comportements humains du point de vue social. Autrement dit, l'interaction des individus au travers de multiples rapports et ce, à chaque niveau d'analyse, interpersonnel, groupal, sociétal qui compose la société. Elle se voit dominée par deux courants d'idées radicalement opposés : le paradigme déterministe et le paradigme actionnaliste.

1.1 Les déterministes.

Les sociologues adeptes des idées déterministes considèrent que ce sont les contraintes sociales qui influencent le comportement et les pensées des individus. C'est ce travail, qu'accomplit la société sur l'homme, qui permet à celui-ci de s'y intégrer, de se socialiser. Pour Emile Durkheim, sociologue emblématique de ce courant de pensée : « *les institutions sont les manières collectives d'agir et de penser⁶ qui ont une existence propre, en dehors des individus, et auxquelles ceux-ci tendent spontanément à se conformer ; elles exercent sur les consciences individuelles une influence coercitive ; les croyances et les pratiques sociales agissant sur nous du dehors.* »⁷

1.2 Les actionnalistes.

Les actionnalistes soutiennent que la société est le fruit des interactions des individus. Ce sont donc les hommes qui construisent et développent leur société. C'est Georg Simmel⁸, vu comme le précurseur de ce courant, qui considère que les contenus de la société, c'est-à-dire l'ensemble des représentations sociales, des intérêts, des buts qui animent les individus, sont à l'origine des relations sociales. Ces interactions produisent des phénomènes sociaux d'abord micro puis macrosociologiques.

⁵ Vantomme P, *sociologie de la santé*, cours donnés dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009,p2

⁶ Formes juridiques, conventions, coutumes

⁷ <http://www.thierrypaulmier.com/>DURKHEIM E. (1895/1983), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris,

⁸ Georg Simmel 1858-1918 psychologue, sociologue allemand

Autrement dit, les relations ou interactions entre les individus finissent par établir des valeurs, des coutumes, des règles, des normes qui, in fine, s'institutionnalisent et influencent ainsi les réactions des individus. Mais toutes ces règles ne sont pas figées, elles peuvent, par l'œuvre des hommes, être modifiées⁹. Par là, nous pouvons comprendre que nous sommes dans une sorte de mouvement perpétuel. L'Homme instaure des lois qui régissent la société et les hommes, leur donnant ainsi des repères, mais ceux-ci ont la possibilité de les modifier.

Conclusion :

Nous pouvons dire que la sociologie est au cœur de notre problématique car elle peut nous aider à comprendre les interactions qui se passent dans les différents niveaux qui la composent, que ce soit au niveau interpersonnel au sein d'une équipe de soignants, au niveau groupal c'est-à-dire entre les soignants et les résidents, ou encore au niveau sociétal avec d'une part l'institution et d'autre part la société.

Nous commencerons donc par nous intéresser au premier pôle de notre questionnement : l'institution.

⁹ Montoussé M., Renouard G., « 100 Fiches pour comprendre la sociologie » 5^{ième} édition Bréal, 07/1997, pi38,p52

Chapitre 2 : L'institution

Dans ce chapitre, nous allons dans un premier temps tenter de comprendre ce que sous-entend ce qualificatif qui est appliqué indifféremment à une organisation, un groupe de personnes, une congrégation. Ensuite, nous verrons s'il peut être appliqué à notre champ de recherche : les maisons de repos et de soins¹⁰.

2.1 Définition.

Le terme « institution » est associé à d'innombrables domaines n'ayant que peu ou pas d'objectif commun. En effet, nous parlons d'institutions scolaires, militaires, hospitalières, religieuses et le mariage ainsi que la famille en font également partie. Alors, qu'entend-on par institution ?

Institution vient du mot latin « *instituo* » qui signifie instituer, établir et plus précisément, sa définition désigne un « *Ensemble de règles organisant la société ou certaines de ses instances. Une triple fonction : socialisation, contrôle et régulation. Présence de codes et donc de sanctions, sans omettre une composante symbolique* »¹¹. Essayons d'analyser et de comprendre cette dernière. Le mot instance renvoie à ces différentes institutions qui contribuent à l'organisation de notre société.

Pour illustrer nos propos, nous prendrons l'exemple des institutions scolaires, structures sociales qui ont pour mission d'instruire, d'éduquer mais également de favoriser l'insertion sociale. Pour atteindre ses objectifs, cette organisation dispense un enseignement qui permet à l'apprenant d'assimiler des savoir-faire et savoir-être en accord avec ce que la société souhaite qu'il atteigne pour accéder au niveau d'enseignement supérieur ou à la profession qu'il va embrasser. Cet apprentissage est jalonné de contrôles permettant d'en améliorer la maîtrise si nécessaire et le cas échéant, orienter la personne dans un autre type d'institution.

Prenons maintenant la famille, institution dont nous faisons tous partie ou que nous dirigeons. Elle-même donne à ses différents membres, par le biais de l'éducation et de la socialisation, un certain nombre de règles et de valeurs afin qu'ils puissent vivre en harmonie. Tout comportement déviant sera réprimandé, voire sanctionné et dans le pire des cas, l'élément de la famille représentant un danger pour l'équilibre de celle-ci, sera exclu.

¹⁰ Maison de repos et de soins M.R.S

¹¹ Vantomme P, Sociologie de la santé, cours donné dans le cadre du programme de la section « cadre en soins de santé », Tournai, 2008-2009

A travers ces deux exemples, nous comprenons que l'institution tente de donner aux individus des règles à suivre, qu'elle veille à ce que celles-ci soient comprises, respectées, ceci pour conserver un équilibre et atteindre l'objectif qu'elle poursuit.

Ces deux illustrations nous permettent de déduire qu'un individu peut quotidiennement fréquenter différentes institutions et s'adapter à chacun de leur règlement. En dehors de ces institutions, la personne organise sa journée, choisissant de faire ou non certaines occupations.

Nous avons vu au cours de nos recherches que certaines institutions prennent en charge la totalité des activités des individus : l'horaire d'organisation de la journée, les repas, le travail, les loisirs, c'est le cas des hôpitaux psychiatriques, des homes pour personnes handicapées, des prisons, des maisons de repos, des orphelinats,...La personne vivant dans ces établissements n'a, par la force des choses, qu'une faible marge de liberté, étant soumise à un règlement vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Dès son entrée, l'hébergé est coupé de ses habitudes quotidiennes et doit laisser d'autres lui dicter ses faits et gestes dans son quotidien.

Nous pouvons en conclure que si la finalité de ces instances est particulière, chacune d'entre-elles cherche à ce que ses membres atteignent un niveau d'habitus leur permettant d'agir et de penser dans son système de relations sociales. C'est pour atteindre ce but que ces institutions partagent trois rôles qui, pour rappel, sont la socialisation, le contrôle et la régulation.

Pour éclaircir nos propos, revisitons ces trois fonctions.

2.2 Les fonctions de l'institution.

La socialisation est l'apprentissage de la vie en société. C'est un processus au cours duquel l'individu apprend, s'adapte, incorpore des normes, des valeurs, des rôles qui appartiennent à la société dans laquelle il vit. Celle-ci débute dès la naissance, la famille étant sans aucun doute la première institution de socialisation, l'enfant apprenant un certain nombre de valeurs : le respect, la politesse,... acceptant des normes : manger avec des couverts, se laver, ne pas gaspiller, ne pas mentir...et s'adaptant au rôle qui lui est attribué dans la structure familiale. Toutefois, passé l'enfance, l'adulte continuera de se socialiser tout au long de sa vie. En effet, à chaque étape de sa vie, l'individu doit incorporer les règles du système social dans lequel il se trouve : le mariage, sa profession, son club de loisirs,...La socialisation des individus quelle que soit l'institution, semble indispensable pour qu'il y ait un degré de cohésion entre ses membres pour que l'organisation évolue et se perpétue. Rappelons-nous notre premier jour de travail, à notre arrivée une personne nous a pris en charge et nous a expliqué les us et coutumes de l'entreprise : l'heure du début et de fin de la journée, la tenue à porter, les choses interdites par le règlement et les petites habitudes informelles qu'il est préférable de suivre pour être accepté et pour être identifié comme appartenant au groupe. Ces règles et repères permettent le contrôle de l'individu dans le système social où il se trouve.

Quelle est la finalité de ce contrôle social?

Le contrôle social peut s'appliquer de manières différentes. En effet, si celui-ci permet de limiter l'anarchie au sein d'un groupe, d'une organisation en punissant tout comportement intolérable, il peut également encourager ses membres en attribuant une promotion, une gratification financière ou autre récompense pour un travail correct, une conduite adéquate, pour exemple, la permission accordée à un militaire ayant mené à bien sa mission. Que ce contrôle soit suivi d'une sanction positive ou négative, celui-ci aura des conséquences sur l'individu car il sera motivé à poursuivre son attitude ou au contraire à la modifier sous peine de se voir à nouveau réprimé voire évincé du système.

Ainsi l'individu s'institutionnalise c'est-à-dire qu'il adhère, incorpore les valeurs, les normes de l'institution prenant pouvoir et autorité sur les membres du groupe. Ce qu'il faut ici comprendre c'est que ce contrôle social assure le respect de « *l'ensemble des règles qui assurent un certain mode de fonctionnement de l'activité sociale* »¹². Autrement dit, il permet une autre fonction de l'institution : la régulation sociale.

¹² <http://supercdi.free.fr/ses/regulation.htm>

Illustrons nos propos avec les institutions judiciaires auxquelles nous sommes tous soumis. Cette dernière a pour mission de faire régner l'ordre et la sécurité pour les citoyens. Depuis notre enfance, au travers de notre éducation, nous avons été *socialisés* à cette institution. En effet, nous avons appris les lois qui régissent notre vie en société. Lorsque nous commettons un délit que nous violons une loi du code de la route, nous sommes arrêtés, *contrôlés*, jugés et écopons d'une amende ou d'un retrait de permis de conduire, le but étant de nous sanctionner ou de nous mettre à l'écart de la société afin d'éviter de lui nuire et d'assurer une *régulation sociale*.

Le contrôle social est-il seulement le fruit de l'institution ?

Nous avons vu que les institutions véhiculent un certain nombre de normes et de valeurs, celles-ci ont été élaborées au cours de leur histoire. Elles émanent de la société, de l'organisation. Elles sont formelles, doivent être connues et suivies de tous pour pérenniser le système. Parallèlement à ce règlement formel, les membres d'une équipe peuvent, nous l'avons vu, mettre sur pied des petites habitudes informelles qu'il est préférable de suivre pour être accepté et pour être identifié comme appartenant au groupe. Cette marge de liberté permet aux individus de ne pas être totalement institutionnalisés, ils peuvent ainsi se forger et garder une identité propre.

Mais qu'en est-il pour les personnes qui vivent dans ces institutions qui gèrent la quasi-totalité de leurs activités. Essayons d'y voir plus clair en analysant l'institution pour personnes âgées dépendantes qui constitue notre champ de recherche et qui pratique cette prise en charge totale.

2.3 Les institutions pour personnes âgées.

L'institution pour personnes âgées, autrefois appelée hospice, partage une grande partie de son histoire avec celle de l'hôpital. Leur origine étymologique commune, qui renvoie aux notions d'accueil et d'hospitalité, le confirme. Pendant longtemps, ces établissements hébergeaient des vagabonds, des fous, des indigents, des impotents, des malades, remplissant ainsi leur noble mission d'assistance et construisant les fondements de l'institution de soins. Ces lieux d'hébergement étaient le plus souvent à l'initiative du clergé et de ses mécènes. Aussi à travers les siècles, l'empreinte religieuse influença fortement les soins et contribua à construire un des mythes de la profession. Les religieuses qui dédiaient toute leur existence aux autres, et notamment aux malades, ont donné aux soignants l'image de personnes dévouées et serviles mais sans pour autant qu'on puisse leur reconnaître de réelles compétences. Cette représentation sociale de la profession a vécu et aujourd'hui encore il n'est pas aisé de s'en débarrasser.

Mais revenons aux institutions pour personnes âgées et demandons-nous si leurs objectifs n'étaient que charitables ?

Nous pouvons sans nous tromper répondre par la négative, car il y a un autre aspect que nous ne pouvons ignorer. Ces lieux regroupaient une population d'indigents et devenaient paradoxalement des endroits où l'on y enfermait la misère. Pendant longtemps, les dictionnaires ont défini l'hôpital comme « *le lieu où l'on soigne gratuitement les indigents. Par exemple, mourir à l'hôpital signifie être réduit à l'état de misère* »¹³. Ces institutions remplissaient là également une mission de régulation sociale en ôtant des rues ce qui pouvait amener le désordre public.

C'est au 19^e siècle que les choses vont changer. Avec l'apparition du premier régime social, l'état propose aux ouvriers de s'assurer contre les risques sociaux en cotisant à la caisse générale d'épargne et de retraite leur permettant de se constituer une rente pour leurs vieux jours, leur donnant ainsi la possibilité de subvenir à leurs besoins sans devoir être à la charge de l'Etat. Ainsi, le développement de la sécurité sociale et des services sociaux a orienté les hospices vers l'accueil des personnes âgées, se séparant de l'hôpital destiné aux soins médicaux. Le fou est alors reconnu comme malade et c'est le début de la psychiatrie et de ses hôpitaux.

¹³ <http://www.lereservoir.eu> Soignants, patients, institution et culture. In Objectif Soins n° 52, avril 1997. site vu le 14.01.12

Si au début du siècle, les hospices sont toujours très austères, des chambres communes, des heures de visites strictes, une vie régentée par une autorité dictatoriale; aujourd'hui leur fonctionnement a fortement évolué, les pouvoirs publics voulant humaniser ces lieux en s'intéressant au cadre de vie, au confort et à la liberté de nos aînés. Il n'en demeure pas moins que l'image négative a laissé des traces dans l'inconscient collectif pour qui les maisons de repos et de soins hébergent la vieillesse dépendante en lui laissant une marge de liberté considérablement réduite.

Est-ce dû aux fonctions de l'institution appliquées à ce type d'établissement ?

2.4 Les fonctions de l'institution pour personnes âgées.

Les fonctions de l'institution, nous l'avons vu, sont la socialisation, le contrôle, et la régulation sociale.

Comment se passe cette étape d'apprentissage de nouvelles règles, d'habitudes, de nouveaux repères lors de l'entrée dans ce qui sera pour le résident, son nouveau domicile ? La personne âgée qui entre en MRS doit, d'une manière ou d'une autre, s'adapter à un nouvel environnement, une nouvelle vie. Quel bouleversement !

Comment, au crépuscule de son existence, réussir l'ultime étape de sa vie, loin de son quartier, de ses relations de voisinage tellement banales, mais ô combien rassurantes et faire le deuil d'un passé tellement présent ? Il n'est pas aisé de passer d'une vie seule à une organisation collective, de s'adapter à une gestion du temps dictée par l'institution et à bien d'autres contraintes. La personne perd ses repères environnementaux et un changement d'identité s'opère. Si dans son quartier, on la voyait comme le facteur du village, ici, elle sera la nouvelle de la chambre X et souvent on parlera déjà de patient; ce qui tout de suite, mettra la personne en situation de dépendance, plus vulnérable et donc encore plus nécessitante de l'assistance sociale proposée par l'institution. La décision d'y entrer étant souvent sous les auspices d'une tierce personne, le nouveau résident ne participe qu'occasionnellement aux démarches administratives. Les documents étant le plus souvent remplis par son représentant, le voilà démuné de ses responsabilités civiles et sociales. Cette fonction représentative se calque sur la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, soulignant à nouveau l'empreinte hospitalière de la prise en charge, exception faite ici que cette nomination est plus informelle, la personne n'ayant signifié nulle part la délégation de ses pouvoirs. Il en va de même pour son argent qui est, par mesure de sécurité, placé sur un compte qui lui est, par la force des choses, difficilement accessible et elle se voit rarement mise au courant de l'évolution de son patrimoine. La voici dépossédée de tout, de ses biens, de son présent, de son passé et de son libre arbitre. Ce passage nous illustre que la fonction de socialisation est toujours présente dans nos institutions pour personnes âgées.

Il en est de même pour la fonction de régulation sociale. En effet, l'institution prend en charge ces personnes âgées dépendantes qui, pour diverses raisons : médicale, financière ou sociale, ne peuvent plus vivre de manière indépendante au sein de notre société.

Si à l'origine le but de ces institutions était d'écarter les vieillards indigents de la société, aujourd'hui l'objectif est différent. En effet, le système asilaire a cédé la place au système hospitalier avec comme préoccupations principales: héberger et soigner la personne âgée.

Comme nous l'avons vu, toute entrée dans une nouvelle organisation passe par une étape d'adaptation. Dans le cas que nous analysons, celle-ci est sans aucun doute influencée par des normes d'organisation, mais parallèlement par un autre groupe d'acteurs : les soignants. Et pour cause, si pour la personne âgée l'institution est un lieu de vie, pour le soignant elle est un lieu de travail. L'organisation et la philosophie des soins imposés par la direction auront inévitablement une influence sur le travail du soignant, celui-ci devant également adhérer aux valeurs et aux normes de l'institution qui, par la force des choses, aura un impact sur la vie du résident.

Nous venons ici de démontrer que les institutions pour personnes âgées remplissent les trois fonctions d'une institution. La socialisation des soignés et des soignants, exerce un contrôle sur leurs activités et autorise toujours une régulation sociale, en offrant aux seniors dépendants un endroit qui permet de satisfaire leurs différents besoins mais assure également à la société l'encadrement des personnes ne sachant plus vivre seules au sein de celle-ci.

2.5 L'organisation des institutions pour personnes âgées.

Avant d'entreprendre ce paragraphe, il nous a semblé indispensable de rappeler ce que signifiaient les deux premiers mots qui l'introduisent car bien souvent encore ceux-ci sont confondus. L'institution assure, nous l'avons vu, une régulation grâce à la socialisation, les acteurs savent en toute circonstance ce qu'il convient de faire au sein de l'institution. L'organisation quant à elle, est la manière dont les acteurs coordonnent leurs activités pour y arriver. Une même institution peut donc être organisée de différentes manières. Ce rappel étant fait, reprenons la question que soulève ce titre.

L'organisation des institutions ?

Les institutions pour personnes âgées ont pour la plupart une organisation de type bureaucratique qui organise la totalité des activités des résidents et prend en charge tous leurs besoins. Ce mode de fonctionnement privilégie le collectif au détriment de l'individuel, ceci pour des raisons économiques ou par soucis d'efficience.¹⁴ Pour cela, l'organisation établit un fractionnement des tâches, définit clairement la hiérarchie, détaille les règles et les procédures à suivre pour l'exécution du travail, les responsabilités et l'autorité. Si autrefois, ce type d'organisation correspondait aux objectifs d'assistance et de contrôle social des hospices, aujourd'hui nous pouvons nous demander si cette dernière est encore adéquate pour répondre aux nouveaux objectifs des institutions pour personnes âgées.

Quels sont ces nouveaux objectifs ?

Au début XX^e siècle, l'hospice, qui jusque-là était un système de bienfaisance et un moyen supplémentaire de contrôle social, voit progressivement sa finalité se modifier. L'accueil des personnes n'y est plus prioritairement défini par leur pauvreté mais par leur dépendance physique passant ainsi d'institution caritative en institution de soins avec pour certaines, une visée lucrative. Ainsi, les maisons de repos sont gérées par différentes instances, soit publiques par un Centre Public d'Action Sociale ou par une intercommunale, soit privées avec des M.R.S commerciales dont la gestion dépend de personnes privées constituées en Société de Personnes à Responsabilité Limitée ou en Société Anonyme, ou encore, les M.R.S non commerciales qui dépendent d'une Association Sans But Lucratif.

¹⁴ Leleu M « *les cahiers du troisième âge : vivre en maison de repos ou ailleurs* », kluwer édition, 1999 p39

Tous ces établissements, qu'ils soient privés ou publics doivent, pour être agréés, répondre à un certain nombre de normes définies par leur région en matière de fonctionnement et d'organisation. Ces normes de fonctionnement ont pour objectif de favoriser une vie communautaire généralement harmonieuse et respectueuse de chacun, en suscitant la participation des résidents et des personnes qui les accompagnent. Ces dispositions visent à donner aux résidents la chance et les moyens de se sentir chez eux au sein de l'institution. Pour se faire, chaque établissement a l'obligation légale de définir et rédiger son propre projet de vie institutionnel qui comprend les valeurs sur lesquelles reposent l'organisation, ainsi que la philosophie de la maison de repos et de soins : l'accueil, les dispositions qui favorisent le cadre familial, l'organisation des soins et des services d'hôtellerie, la mise en place de la participation des résidents. Il doit être évalué et adapté en fonction de l'ensemble des résidents et de leur projet de vie personnel. Les résultats concrets espérés sont encore très évasifs dans l'esprit des professionnels de terrain chargés de le faire vivre au quotidien. Trop souvent encore, ce projet reste un document rédigé pour satisfaire aux exigences de l'inspection. Comment peut-on expliquer cette difficulté de mise en application du projet de vie institutionnel ? Avant de répondre, sans doute est-il intéressant de se rappeler ce qu'est un projet institutionnel ?

Tout d'abord qu'est-ce qu'un projet ?

Le terme « projet » fait aujourd'hui l'objet d'une utilisation abondante dans de nombreux secteurs professionnels. Il nous apparaît donc utile de revenir sur la racine littérale du verbe projeter qui renvoie à l'idée de « jeter en avant ». Le projet est donc un but que l'on souhaite atteindre, c'est un trajet vers quelque chose qui se construit; Il sera donc étudié, et modifié au cours de sa réalisation.

Qu'est-ce qu'un projet institutionnel ?

Le projet de vie institutionnel définit les principes généraux en matière d'organisation de la vie quotidienne, des éléments architecturaux, du respect des droits des personnes accueillies, des animations et de la vie sociale. Hélas, bien souvent, si chaque institution a rédigé sur papier son projet de vie pour conserver son agrément, il s'avère trop souvent inexistant sur le terrain.

Les objectifs visés dans ce projet institutionnel sont exprimés de manière collective mais pour que ceux-ci soient atteints, ils devront s'appliquer de manière individuelle aux résidents. En effet, le bien-être d'un individu ne se traduit pas de la même façon que pour un autre.

C'est sans doute ici la grande difficulté des institutions et pour cause, nous l'avons souligné plus haut, les institutions pour personnes âgées ont pour la plupart une organisation de type bureaucratique privilégiant la prise en charge collective. L'autorité y est verticale avec un chef qui coordonne, contrôle et les individus qui exécutent. Le concept de projet induit par la force des choses une organisation différente.

De toute évidence, le projet est un trajet vivant et dynamique qui en cours de réalisation doit être évalué, modifié, négocié. Pour que le projet aboutisse, tous les acteurs doivent être informés, inclus et travailler en collaboration interdisciplinaire. Ainsi, pour pouvoir répondre pratiquement à ce projet institutionnel, l'organisation doit passer en partie d'un fonctionnement pyramidal à une transversalité. Le projet donne donc une plus grande marge de liberté aux acteurs de l'institution. Nous sommes néanmoins en droit de nous demander si l'institution, vu ses fonctions, est prête à remettre en question son organisation et à céder une part de son pouvoir aux acteurs. Si oui, tout l'art du cadre de santé sera de gérer cette nouvelle organisation empreinte d'une part d'incertitude qui, si elle laisse de l'autonomie, fait peur tant elle bouleverse les habitudes rassurantes. Si l'organisation peut être un frein à la mise en application du projet de vie institutionnel, l'aspect financier ne peut être négligé tant il est indispensable à la pérennité de l'institution.

Quel est le financement de ces dernières et en quoi peut-il rendre la tâche ardue ?

L'aspect financier peut sans doute avoir une influence sur l'organisation de l'institution, car parallèlement au niveau régional, il existe au niveau fédéral, et ce par le biais de l'Institut National Assurance Maladie Invalidité, des normes qui régissent et organisent le fonctionnement des soins et leur financement. Les institutions pour personnes âgées doivent, pour bénéficier de ces fonds, respecter des règles d'encadrement adapté imposé et minimum en soignant, infirmier, et paramédical ainsi que des normes d'infrastructure en fonction du niveau de dépendance du résident. Il est à noter que les subsides accordés dépendent de l'importance de l'incapacité du résident, ce degré est défini à l'aide de l'échelle de Katz.¹⁵ Deux raisons peuvent motiver cette politique de financement. D'une part, le maintien à domicile est un plus, en terme de qualité de vie, et pour cause combien de personnes âgées ne déclarent-elles pas souhaiter finir leurs jours chez elles. Le gouvernement encourage donc les initiatives dans ce sens. Mais d'autre part, il ne faut pas voir là que des motivations humanistes, le coût du maintien à domicile est moins élevé qu'une place en collectivité.

¹⁵ Annexe 2, page 54

Nous pourrions donc aisément comprendre que ce financement proportionnel à l'importance de la dépendance du sujet âgé incitera les gestionnaires à privilégier l'accueil des personnes leur rapportant le plus de subsides.

Ainsi l'entrée se fait de plus en plus tardivement avec des infirmités importantes, ce qui rend plus grande la difficulté de faire de ces endroits, des lieux de vie. Il est vrai que parler de projet de vie dans des structures hébergeant des personnes âgées dépendantes au crépuscule de leur existence, peut faire penser que cette nouvelle obligation légale est le fruit du monde politique souhaitant se donner bonne conscience en imposant un projet sensé améliorer le quotidien des différents acteurs des maisons de repos et de soins. Car nous nous trouvons face à un paradoxe, d'un côté les institutions pour personnes âgées ont pour obligation, au travers du projet de vie, de tout mettre en œuvre pour que le résident reste le plus autonome possible mais de l'autre, les fonds alloués à l'institution sont proportionnels à l'importance de l'incapacité du résident à accomplir les activités de la vie journalière.

Tout ceci ne pousse pas l'institution à rendre opérationnel son projet de vie.

Synthèse :

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, nous avons choisi, pour tenter de répondre à notre questionnement, d'utiliser la méthode discursive. Aussi nous terminerons chaque chapitre par une synthèse qui nous permettra de faire un bilan des différents arguments récoltés au cours de nos recherches sur chaque pôle de notre questionnement. Les institutions existent depuis que les individus vivent en famille, en groupe. Elles régulent la vie des individus dans notre société, ceci depuis leur tendre enfance jusqu'à la dernière étape de leur vie. Fortes des valeurs et des lois que l'histoire leur a apportées et qu'elles se sont bâties, elles assurent une cohésion et la sécurité des individus par la socialisation et le contrôle de ceux-ci dans le respect des normes et des règles.

Dans les différentes institutions que nous avons parcourues, certaines prennent en charge la totalité des activités des personnes. C'est le cas pour les maisons de repos, l'école, l'hôpital, les orphelinats, les prisons. Ce fonctionnement induit inévitablement une réduction de la liberté des individus et pas seulement dans le milieu carcéral. Vivant vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans un même endroit, où toutes les occupations quotidiennes sont rassemblées : repos, repas, loisirs, ils sont soumis à un règlement indispensable pour une vie en collectivité. Cette restriction de liberté peut avoir de lourdes conséquences sur la vie de ces différentes catégories d'hébergés : déprime, agressivité, diminution de l'estime de soi,...

Dans ces établissements, il existe deux types d'acteurs omniprésents : l'un, pour qui l'institution est un lieu de vie et l'autre, pour qui c'est un lieu de travail. L'organisation que la hiérarchie préconisera au personnel sera déterminante sur le vécu des deux groupes, mais également sur l'image qu'elle produira auprès de la société. Ces dernières décennies ont été marquées par la volonté d'introduire dans les différentes institutions publiques et sociales le concept de projet : projet pédagogique, projet professionnel, projet de vie, projet de réinsertion, projet qualité. Pendant des années, celui-ci s'organisait essentiellement dans le secteur marchand dont la finalité était rentabilité, qualité, concurrence et productivité. Aujourd'hui, au travers de ces projets d'institution, le pouvoir public souhaite rationaliser les moyens octroyés désirant, avec le développement de projets subsidiés, que les institutions s'interrogent sur l'efficacité de leur action. Cela a également permis d'ouvrir certains établissements vers l'extérieur afin de répondre à cette forme d'enfermement social que vivent certains usagers.

Toutefois, il ne faut pas se leurrer, un projet d'institution peut rester à l'état théorique si la hiérarchie souhaite rester bureaucratique et donc verticale. Tout y est bien structuré et chacun sait ce qu'il a à faire. Rien n'encourage vraiment les directeurs d'établissements à appliquer ce projet de vie. Deux raisons peuvent l'expliquer, d'une part cette norme légale n'impose pas d'obligation de résultat. Même s'il doit être évalué annuellement, les critères sont laissés à l'appréciation de chaque établissement.

Et d'autre part, si ce projet de vie peut être un outil marketing pour l'institution, celle-ci n'a pas besoin de l'exploiter, et pour cause, l'importance de la demande d'hébergement étant supérieure à l'offre, la concurrence entre donc peu en jeu. Nous l'expliquons par le fait qu'en Belgique, un moratoire fixe le nombre de lits financés par les pouvoirs publics. Ainsi les institutions ne peuvent pas augmenter librement leur capacité d'hébergement, ce qui limite encore la concurrence. Ce phénomène risque de perdurer, vu l'augmentation incessante du nombre de personnes âgées et la volonté politique de soutenir le développement d'alternatives à l'hébergement collectif.

Un autre argument qui pourrait expliquer pourquoi les institutions ne sont pas pressées d'introduire de manière pratique le concept de projet de vie, est qu'il demanderait, nous l'avons déjà souligné, de passer d'un fonctionnement pyramidal à une transversalité. Apportant une zone de flou dans l'organisation et gérée de manière inadaptée pourrait la mettre en difficulté puisqu'elle fournit aux acteurs une marge de liberté. C'est peut-être là que les institutions se trompent ? En effet, dans ce secteur de soins qui est peu attractif et qui souffre de pénurie en personnel, appliquer une organisation qui donne une part de liberté à chaque niveau d'acteurs, permet l'expression de tous et la mise en commun d'objectifs, chacun se sentant ensuite concerné par l'aboutissement de ceux-ci. Développer cette motivation commune autour d'un projet commun peut apporter à l'équipe soignante un sentiment d'appartenance qui peut dynamiser l'organisation et positiver les regards extérieurs.

Ce premier chapitre s'est intéressé au versant déterministe de notre problématique : les institutions. Si nous y regardons de plus près, d'autres institutions que celles réservées aux personnes âgées peuvent s'y retrouver car la société leur attribue la même vision négative, nous pensons là, aux institutions psychiatriques, aux homes pour handicapés et enfants de l'assistance publique, aux prisons,.... Pour toutes ces institutions nous croyons pouvoir dire que l'histoire et la mission que la société leur a confié, associées à une organisation laissant peu de liberté aux acteurs, ont perpétué la vision que la population s'en fait. Intéressons-nous maintenant au chapitre suivant : Les acteurs de l'institution.

Chapitre 3 : Les acteurs

Depuis toujours, la médecine a cherché à maîtriser les effets du temps sur l'être humain, essayant de reculer au plus loin l'échéance fatale. Paradoxalement, cette victoire ne semble pas être appréciée à sa juste valeur. En effet, vieillir fait peur et les personnes vieillissantes sont peu considérées, voire discriminées. De même, les institutions destinées à les accueillir ont souvent mauvaise presse et la qualité du travail accompli par ses soignants est encore sous-estimée.

Dans ce chapitre, nous allons, au travers des représentations sociales, tenter de comprendre pourquoi notre société a une vision plutôt négative de la vieillesse et garde en mémoire l'image délétère des hospices d'autrefois alors que bon nombre de choses ont été mises en place pour améliorer le quotidien de tous les acteurs que ce soit les résidents ou les différentes professions présentes.

Pour répondre à cette question, nous commencerons par une brève explication sur le concept de représentation sociale, ensuite nous les parcourrons, ceci pour les personnes âgées dans notre société, les institutions pour personnes âgées ainsi que les soignants qui y travaillent.

3.1 Les représentations sociales.

Les représentations sociales constituent « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Egalement désignée comme savoir de sens commun ou encore savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée entre autre de la connaissance scientifique.* »¹⁶ Cette définition est empreinte des deux courants sociologiques. En effet, il faut entendre par « savoir de sens commun » les pensées acquises par l'éducation, les coutumes, les traditions qui permettent d'orienter nos conduites.

C'est au sociologue Durkheim que l'on doit ce concept de représentation collective à partir duquel se forgera celle de la représentation sociale. Pour lui, la représentation collective domine sur la représentation individuelle.

¹⁶ <http://siteaide.free.fr> D.Jodelet, 1989

Etant le père fondateur du courant déterministe, il considère la première comme: « *des façons communes de perceptions et de connaissances substrat de tous les faits sociaux que sont les croyances, les tendances, les pratiques du groupe pris collectivement* »¹⁷ comprenez que nos actes sont dictés par des faits sociaux qui, pour rappel, sont « *toute manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure* »¹⁸ : C'est donc la société qui impose aux individus « ces prêts » à penser qui perdurent. Contrairement à la représentation individuelle qui est propre à chaque individu et qui disparaîtra avec lui. C'était ici la vision déterministe du concept.

D'autres auteurs tel que Moscovici¹⁹ se sont penchés sur cette théorie avec un autre point de vue. Celui-ci refuse l'idée que les représentations sociales soient le seul fruit de l'influence de la société sur l'homme. Pour lui, elles sont également le produit d'une interaction entre les individus et l'environnement, on parle alors de « connaissance socialement élaborée et partagée », rejoignant ainsi les pensées de l'actionnalisme.

Que faut-il comprendre ?

Les représentations sociales sont influencées par les deux paradigmes de la sociologie. Notre réflexion nous permet de dire qu'une partie de nos représentations nous sont imposées par notre société de par son histoire, ses croyances, ses valeurs, mais celles-ci peuvent être influencées par les événements du moment. Une personne ne travaillant pas dans le milieu des soins aux personnes âgées et une soignante en maison de repos et de soins garderont les repères reçus lors de leur éducation, mais chacune les adaptera suivant son vécu, son environnement, ses expériences...

L'analyse des représentations sociales permet de mieux comprendre les relations sociales des individus et des groupes d'individus. Elle guide de manière consciente ou inconsciente le sens de nos actions et elle justifie le fondement de nos interventions. Maintenant que pour nous la notion de représentation sociale est plus claire, tentons d'approcher les représentations sociales des personnes âgées dans notre société.

¹⁷Toubeau.v, « *Représentations sociales des infirmières et infirmières chef vis-à-vis de leur métier* » présenté en Décembre 2010

¹⁸Vantomme P, *sociologie de la santé*, cours donnés dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009,p14

¹⁹ Moscovici S. né en 1925 en Roumanie et fondateur de la psychologie sociale européenne

3.2 Les personnes âgées dans notre société.

Tout d'abord, quand devient-on une personne âgée ? En voulant répondre à cette question, il nous est vite apparu qu'il n'était pas possible de donner une réponse unique qui pourrait être appliquée à une tranche d'âge bien précise. Pour essayer d'éclaircir cette expression, nous avons repris le dictionnaire. Le Larousse ne définissant pas le terme personne âgée, nous avons donc choisi quelques synonymes:

Quelles en sont les définitions ?

Agé²⁰: « *d'un certain âge, vieux.* »

Vieux²¹: « *qui a les caractères de la vieillesse, avancée en âge.* »

Vieillesse²²: « *caractérisée par un ralentissement ou un affaiblissement des fonctions ; fait d'être vieux ; ensemble des personnes âgées.* »

Tout ceci souligne la progression de l'âge physique, nous permettant de comprendre que la vieillesse n'est pas un âge bien précis mais bien un processus nourrissant la discussion sur le seuil d'entrée de cette dernière. Et pour cause, chaque individu vieillit avec ses expériences heureuses et malheureuses, ses croyances et ses valeurs qui influenceront inévitablement le cheminement de sa vieillesse. De même, à un âge identique, chaque personne n'est pas considérée de la même façon ; différents facteurs interviennent : l'habillement, l'aspect physique, mais également la position occupée dans la société, une femme politique de soixante ans sera perçue comme moins vieille qu'une technicienne de surface du même âge.

De manière générale, les représentations sociales de la vieillesse sont très variables et ont évolué au cours des siècles suivant les contextes historiques, économiques et culturels. En Occident, une vision dévalorisante de la personne âgée est souvent prédominante.

Pourquoi ce tableau est-il plus négatif en Europe ?

Une des raisons de cette perception est économique. Au XIXe, la création des pensions, qui à l'origine, avait pour objectif une aide pour éviter l'indigence, se transforme en récompense pour une vie de travail au service de la société.

²⁰ Larousse « Le Petit Larousse illustré », Paris, édition Larousse, 2009, Larousse, 21p

²¹ Larousse, op cit, 1067p

²² Larousse, op cit ,1066p

Pendant longtemps, la cessation de l'activité professionnelle marquait le début de la fin de vie active. Mais la vie s'est allongée et sa qualité s'est améliorée ; grâce aux progrès de la médecine, une personne pensionnée peut encore vivre vingt voire trente ans après sa mise à la retraite. Ces progrès couplés à une baisse de la natalité provoquent un vieillissement démographique, avec pour conséquence, un déséquilibre du rapport population active /inactive et devient une préoccupation majeure pour l'économie du pays. Les inactifs font dès lors peser de lourdes charges sur la société à travers le coût des pensions et des soins de santé. Dans ce contexte économique, nous pouvons aisément comprendre que certains préjugés vis-à-vis des personnes âgées peuvent exister.

Quelles sont les autres raisons?

Une source d'attitudes défavorables envers la vieillesse est culturelle. Au cours de ces dernières décennies, le statut des personnes âgées s'est modifié, et pour cause, si les progrès ont permis l'amélioration de la qualité de vie de tout un chacun, ils ont également changé le rôle des anciens dans notre société. Autrefois, mémoire vive de notre histoire, représentant de l'expérience, du savoir, de l'autorité, l'âge forçait le respect. Aujourd'hui, leur mémoire est remplacée par internet et leur savoir-faire par de nouvelles technologies les obligeant à recourir aux compétences de leurs petits-enfants pas encore sortis de l'école, pour pouvoir les maîtriser. Jadis, symboles de sagesse, de maturité, les voilà synonymes de connaissances, expériences dépassées versus d'inutilité. Cette nouvelle image de la vieillesse a provoqué un nouveau sentiment : la peur de vieillir, de ne plus servir, avec comme réaction : rester jeune à tout prix pour ne pas être obsolète et mis aux rencarts de la société. Cette image de la jeunesse constamment véhiculée par les médias, une situation économique difficile avec des valeurs telles que l'efficacité, la rentabilité vont à l'encontre d'une valorisation de la vieillesse.

Un nouveau mot est même apparu dans le dictionnaire pour illustrer cette exclusion, l'âgisme qui dans le Petit Larousse est la « *discrimination ou ségrégation à l'encontre de personnes du fait de leur âge.* »²³ Pour lutter contre cette exclusion, une culture du jeunisme est mis en place, ainsi la société de consommation propose tous les moyens pour rester jeune : séances de remise en forme, chirurgie esthétique, pilules de jeunesse,..

Mais tôt ou tard, rattrapée par la réalité où les artifices ne suffisent plus, la personne finit par perdre le combat. Et c'est là que tout bascule car accepter ses déficiences physiques ou psychiques n'est pas chose aisée dans le contexte actuel.

²³ Larousse, op cit, 22p

Ces pertes risquent d'avoir un effet néfaste sur l'estime de soi, entraînant parfois résignation et dépression. La personne âgée entre dans cette période de la vie où la dépendance va croissante et peut se conclure par un placement en institution.

Notre société, qui par tous les moyens tente de reculer les effets du temps, entretient cette vision négative de la vieillesse, avec pour effets nuisibles d'effacer l'évidence que la vie est ainsi faite, que nos vieux ont un jour le droit d'être vieux et respectés. Si nous sommes chacun responsables de notre avenir, nos aïeux sont les racines de notre passé. Aucune société ne peut se bâtir sur des fondations sans histoire ni expérience quel que soit le progrès. Un proverbe africain dit, « *un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle* »²⁴. Il faut comprendre par là que nous avons tous besoin de notre passé pour construire notre avenir.

Une personne vieillissante et dépendante est l'illustration même de ce que nous risquons de devenir et les établissements qui les hébergent, parfois perçues comme l'antichambre de la mort²⁵, sont aussi des lieux de vie qui permettent aux résidents, mais également à leur famille de vivre ces dernières années plus sereinement.

Pourquoi alors ces établissements sont-ils encore controversés ?

²⁴ Amadou Hampâté Bâ est un écrivain et ethnologue malien né à Bandiagara (1900-1991)

²⁵ <http://www.lebienvieillir.be/textes/analyse%206.pdf> site consulté le 10 mars 2011

3.3 Les institutions pour personnes âgées.

Si au cours de ces dernières décennies, une volonté d'humaniser et de rendre ces maisons plus agréables s'est développée, les représentations sociales du passé quant à elles restent tenaces. Combien de fois ne voit-on pas les membres d'une famille dire la mort dans l'âme qu'ils ont été obligés de placer leurs parents en maison de repos.

De même, lorsque nous déclarons travailler en longs séjours, ne sommes-nous pas face à de l'incompréhension ? Comment une infirmière peut-elle travailler dans ces services où quelle que soit la qualité de ses soins, l'issue sera la mort? Le mot fait peur et pourtant n'est-ce pas là une de nos missions, accompagner les personnes jusqu'à la fin de leur vie? N'y entre-t-on pas en sachant que l'on y finira ses jours ? Hélas, bon nombre de personnes ne s'imaginent pas qu'entre l'entrée et le décès, un certain nombre d'années peuvent s'écouler et que ces années sont des années de vie et où il y a de la vie !

Comment expliquer cette sombre représentation sociale ?

Ces institutions sont victimes de leur passé. Souvent nous entendons « il est à l'hospice » avec, comme nous l'avons vu précédemment, tout ce que cela peut supposer comme image négative. En effet, autrefois ces endroits étaient réservés aux indigents, aux vagabonds et aux vieillards abandonnés...et la définition reprise dans le Petit Larousse dit de ceux-ci : « *Une maison d'assistance où l'on reçoit les vieillards démunis ou atteints de maladie chronique.* » Si avec le temps, d'autres noms ont été donnés à ces établissements, leur signification ne sous-entend pas souvent une connotation plus positive.

Prenons l'appellation Maison de Retraite toujours suivant le Petit Larousse. Nous trouvons à retraite : « *action de se retirer de la vie active*²⁶ », les maisons de retraite seraient donc des lieux où l'on se retire de la vie active, de la vie sociale. Nous pourrions donc penser que dans une société où la carrière professionnelle est une valeur importante de reconnaissance sociale, celui qui se retire de la vie active n'est plus considéré, n'est plus rien. Et les maisons de repos seraient des endroits où rien ne se passe, où « *l'immobilité, l'absence de mouvement*²⁷ » sont de mise. Plus récemment encore, on parle d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. C'est-à-dire la personne qui « *ne peut plus réaliser toute seule les actes de la vie quotidienne.*²⁸ »

²⁶ Larousse, op cit, 886p

²⁷ Larousse, op cit, 878p

²⁸ Larousse, op cit, 305p

Toutes ces dénominations créent une étiquette néfaste pour ces lieux et nourrissent la représentation sociale délétère que se fait le grand public vis-à-vis de ceux-ci, ne donnant pas l'envie d'y entrer pour voir ce qui s'y passe. Cependant, afin d'atténuer l'image de leurs origines «l'hospice» et par besoin de reconnaissance, les établissements tentent de s'éloigner de ces appellations empreintes d'idées fausses en s'attribuant un nom de fleur, de terroir ou encore une expression qui sous-entend que l'endroit sera pour la personne âgée, chaleureux, sécurisant, substitut de la cellule familiale.²⁹

Un autre aspect peut venir compléter notre raisonnement : le placement en maison de repos. Trop souvent encore, il se fait dans la précipitation et en dernier recours, quand toutes les autres alternatives ont été envisagées. Le placement est un mot froid, qui détermine l'action de mettre quelqu'un ou quelque chose à un endroit déterminé. Placer quelqu'un consiste à le confier à une institution dans laquelle il va devoir se socialiser mais également porter l'étiquette que la société lui attribue : celle d'une personne fragilisée psychiquement et psychologiquement, en perte d'autonomie et dépendante pour tous les actes de sa vie quotidienne.

Est-ce pour autant que les institutions d'aujourd'hui sont restées celles d'hier?

Nous pouvons, sans nous tromper, répondre par la négative. Certains responsables d'établissements sont peu sensibles à l'impression donnée aux visiteurs, par l'odeur, le décorum, l'entretien des locaux, l'apparence du personnel, et l'ambiance générale. De nombreux établissements pour personnes âgées, comme les hôpitaux psychiatriques et autres institutions de soins, ont vu au cours du siècle passé, leurs missions remis en question. En effet, l'évolution du système social conjugué au progrès de la médecine ont fait prendre conscience au pouvoir public que ces personnes étaient des malades ou des personnes dépendantes ayant besoin d'assistance pour continuer à vivre au sein de notre société. Aussi le contrôle social limité jusque-là à un enfermement ne correspondait plus aux valeurs morales de notre société. C'est entre autres pour cette raison que les pouvoirs publics ont légiféré de manière à ce que ces établissements soient dirigés par des personnes compétentes, que l'infrastructure soit adéquate à la population assistée et que des normes soient respectées pour que l'activité soit agréée.

²⁹ <http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/SOINS/GERONTOLOGIE.pdf>

Ainsi si nous reprenons le cas des maisons de repos et de soins, nous avons vu que toutes sont soumises à une réglementation qui fixe des normes de fonctionnement et d'organisation pour obtenir et conserver leur agrément.

- ✓ Des normes architecturales reprennent les équipements, l'organisation de l'espace intérieur, la sécurité,...
- ✓ Des normes organisationnelles précisent le nombre, les compétences, la moralité du personnel, la qualification du gestionnaire, les règles de comptabilité,...
- ✓ Des normes de fonctionnement qui établissent en quelque sorte les règles à respecter et qui comprend les droits et devoirs des résidents et du gestionnaire.

Toutes ces dispositions sont reprises dans un Règlement d'Ordre Intérieur.³⁰ Lors de l'admission, celui-ci sera présenté sous forme de contrat, signé obligatoirement par les deux parties, en l'occurrence le résident ou son représentant et le gestionnaire de la MRS. Un R.O.I³¹ type a été établi en vertu du décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées et de l'arrêté du gouvernement wallon du 15 octobre 2009. Chaque institution peut amender ce R.O.I mais doit le soumettre au gouvernement pour pouvoir l'appliquer.

Ces normes et ce règlement d'ordre intérieur paraissent indispensables à la bonne marche de telle organisation, ceux-ci, nous l'avons déjà souligné, ont pour objectif de rendre ces lieux plus agréables pour les résidents. Cependant, il nous semble que si matériellement le but est en partie atteint, l'image que la société s'en fait quant elle, reste tenace. Tournons-nous alors vers les personnes qui accompagnent nos vieillards dépendants, autrement dit les soignants, sont-ils responsables de cette représentation sociale et peuvent-ils y changer quelque chose ?

³⁰ Règlement d'Ordre Intérieur R.O.I

³¹ Annexe 3 page 55

3.4 Les soignants en institution pour personnes âgées.

Travailler dans ces établissements demande un engagement personnel important ; être en présence de personnes fragilisées, dépendantes physiquement et psychologiquement, représente une charge physique et émotionnelle quotidienne que tout un chacun ne pourrait supporter. C'est par ailleurs ce que Catherine De Pryck, infirmière chef en M.R.S, a tenté de mettre en lumière dans son épreuve intégrée « *rôle et souffrance du personnel soignant : mythe ou réalité* »³². Travailler dans ces unités, expose celui-ci à une demande relationnelle quantitative et qualitative à laquelle il ne pourra jamais complètement répondre, de plus l'omniprésence de la mort donne une image négative de ses soins.

Par ailleurs, ces soignants sont rarement soutenus par leurs collègues travaillant en milieu hospitalier pour qui le travail en maison de repos semble routinier, basique et sans grande valeur professionnelle. Nous pourrions faire un parallèle avec « *la mauvaise réputation, étude de la représentation sociale et de la psychiatrie en hôpital générale* »³³, travail de fin d'études de Jean-Michel Couppé, qui s'intéresse à la stigmatisation dont sont victimes les patients psychiatriques ainsi que le manque de considération et de reconnaissance vis-à-vis du travail accompli par le personnel soignant. Car s'il est bien connu qu'en psychiatrie « *on ne fait pas grand-chose, on est toujours en réunion, on parle beaucoup avec les patients, on est toujours assis,...* », en maison de repos « *les infirmières qui y travaillent sont là parce qu'incapables d'exercer à l'hôpital, ou parce qu'elles ont été sanctionnées,...* ». Ainsi le personnel soignant des maisons de repos porte une étiquette plutôt délétère. Si certains articles relatant des faits de maltraitance dans ces institutions nourrissent ces préjugés, d'autres facteurs renforcent cette image négative. Ces dernières années, des séries télévisées mettent en lumière des services hautement technologiques tels que les urgences et les soins intensifs, où l'infirmière est dans l'action. Elle sauve des vies et est plus que jamais en collaboration étroite avec le médecin. La formation d'infirmière accorde également beaucoup plus d'importance aux soins techniques minimisant les compétences nécessaires pour soigner des personnes âgées. Toutefois, le peu d'intérêt que les étudiants ou les jeunes diplômés prêtent à ces institutions, n'est pas uniquement dû aux personnes extérieures aux maisons de repos.

³² De Pryck .C, « Rôle et souffrance du soignant : mythe ou réalité » présenté décembre 2010

³³ Coupe.M, « La mauvaise réputation : étude des représentations sociales de la maladie mentale et de la psychiatrie en hôpital général » présenté en Juin 2011

Le personnel a aussi une part de responsabilité. Le comportement infantilisant et condescendant que certains ont parfois à l'égard des résidents, le discours peu élogieux qu'ils tiennent par rapport à leurs soins, ne donne pas envie de les accompagner³⁴.

Pourquoi ces soignants sont-ils peu fiers de leurs soins ?

Pour tenter de comprendre, reprenons le parcours historique des institutions pour personnes âgées. Au début du XX^e siècle, l'hôpital qui était jusque-là un système de bienfaisance et un moyen supplémentaire de contrôle social, s'est transformé en centre de soins et de recherches de savoir médical.

Ainsi, les progrès de la médecine en partie à l'origine du prolongement de la vie, se sont approprié la vieillesse, la transformant insidieusement en maladie et la personne âgée en malade. Cette approche centrée sur l'aspect pathologique du corps vieillissant a ainsi donné naissance au service de gériatrie³⁵. D'autre part, l'accroissement démographique des personnes âgées a provoqué une prise de conscience politique de l'importance de l'augmentation du financement des soins de santé et du coût de la dépendance. Cette réalité a permis le développement d'une autre approche de la vieillesse appelée gérontologie³⁶. Cette science, dont la gériatrie fait partie, ne se limite pas à la maladie du vieillard mais le considère dans sa globalité, s'intéressant à l'aspect biologique, psychique, social et économique de la personne âgée. Cette approche holistique de la personne âgée répond à une politique de recherches d'alternatives qui permettent d'éviter que les personnes âgées quittent trop tôt leur domicile en raison d'une lourde dépendance en soins et/ou d'une perte d'autonomie évitable³⁷. Cette nouvelle politique attentive à retarder l'entrée en maison de repos et de soins, associée à un financement proportionnel à l'importance de la dépendance, a pour conséquence l'accueil dans ces établissements de personnes âgées ayant le plus besoin de soins, médicalisant ainsi de plus en plus ces lieux. Ceci vouant à l'échec la volonté de faire disparaître l'analogie avec les hôpitaux. Tant et si bien que le soignant conserve le modèle de relation soignant-malade. Et face à ces personnes grabataires, il s'imagine qu'il ne sait plus rien faire, et ne trouve plus de sens à sa mission.

³⁴ Lagacé M, « L'âgisme: comprendre et changer le regard social sur le vieillissement » les presses de l'université Laval, Canada 2010, PP158-159

³⁵ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/geriatrie>

Ce mot provenant du radical grec « γέρων » vieillard et du suffixe iatrie (iatre) qui signifie médecin en grec

³⁶ « γέρων » vieillard λογία, et logie "science"

³⁷ Arrêté Royal A.R. 2-7-2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'art. 56, par. 2, al. 1^{er} 3^o, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles (Moniteur belge 16/07/09)

Comment pourrait-il donner de lui et de son travail une représentation sociale positive si lui-même n'y croit plus. C'est ici toute la conception du soin qui doit être rappelée à nos soignants.

Tout d'abord que signifie soigner ?

Si nous reprenons le dictionnaire Larousse, soigner c'est « *avoir soin de quelqu'un, de quelque chose* »³⁸, ceci peut s'appliquer à tout un chacun car nous pouvons tous prendre soins de quelqu'un ou de quelque chose. Si nous considérons l'aspect professionnel des soins, une nuance peut être apportée. En effet, soigner peut se situer sur deux champs d'action, d'une part soigner dans le sens de guérir et d'autre part soigner dans le sens de prendre soin.

Nous parlerons ici plus particulièrement de l'infirmier, non pas que nous ne considérons pas les autres professionnels qui collaborent avec eux mais pour beaucoup, soignants et infirmiers sont pour eux synonymes, d'ailleurs n'existe-t-il pas des aides-soignants ?

Qu'en est-il des soins infirmiers ?

Une définition internationalement, admise et élaborée par Virginia Henderson³⁹ icône de notre profession, dit que « *Les soins infirmiers ont pour objectifs d'assister de manière individualisée les personnes malades et en santé et de promouvoir des actions contribuant au maintien en santé ou au retour de la santé, d'assister les mourants et leur permettre de mourir dans la paix et la dignité, d'assister tous ceux qui n'ont plus la force, ou n'ont pas les connaissances pour rester ou recouvrer la santé seuls* »⁴⁰.

En lisant cette définition, quelques clarifications s'imposent ! Qu'est-ce qu'être en santé ? De prime abord, nous serions tentés de dire : « c'est ne pas être malade », mais cette déduction est-elle correcte ? Commençons par voir comment l'Organisation Mondiale de la Santé caractérise cette dernière : « *La santé qui est un état de complet bien-être physique, mental, social, ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Ne consistant pas seulement en l'absence de maladie, voilà un passage important, mais que nous semblons oublier. Nous attachons encore beaucoup d'importance au côté biomédical de nos soins. Sans doute est-ce dû à la proximité du travail des infirmiers et des médecins, qui au cours de l'histoire des institutions hospitalières, a toujours placé dans son organisation pyramidale, le médecin tout en haut, suivi des soignants qui s'appliquent à suivre ses ordres.

³⁸ Larousse, op cit, 947p

³⁹ Henderson V (1897-1996)

⁴⁰ Marmet.E, « *La théorie en soins infirmier* » In recherche en soins infirmier, n°23, Décembre 1990

L'infirmier se réduit à un simple exécutant de prescriptions médicales, c'est ainsi que l'art de prendre soin se confond avec l'art de faire des soins.

Nous nous imposons une organisation de travail, de type taylorienne avec un créneau horaire pour lequel certaines tâches doivent être faites, avec peu de connexions entre ces dernières qui sont scindées et réalisées par l'ensemble des soignants. Ainsi « l'infirmier n'est pas là pour penser, mais pour exécuter des actes dans un certain laps de temps. » C'est ici caricatural, mais il n'est pas rare d'accuser un collègue de lenteur car il bavarde avec un résident. Nous soignons le corps en effaçant le sujet et tout le côté psychosocial qui l'accompagne. Nous avons malheureusement perdu de vue cette vision holistique du soin, influencé par une organisation centrée sur l'acte et la proximité du monde médical. Cherchant sans doute une certaine reconnaissance, nous finissons par soigner non plus une personne, mais une pathologie, reléguant aux aides soignantes les tâches considérées comme moins techniques, moins valorisantes. Depuis peu ces professionnelles ont été reconnues comme faisant partie des métiers de la santé, travaillant sous la responsabilité de l'infirmier. Tout comme eux, les aides-soignants possèdent leur liste d'actes. Cette hiérarchie des responsabilités a pour conséquence le renforcement de cette organisation verticale, le médecin qui prescrit à l'infirmière, celle-ci déléguant certains actes à l'aide soignante. Chacun essayant au travers de ses actes de se construire sa propre identité.

Cette quête de reconnaissance et d'identité est-elle la seule cause de cette organisation ?

Présents auprès des personnes âgées, nous sommes projetés face à notre propre vieillesse et notre propre mort. La vieillesse fait peur car, si chacun d'entre nous a la chance d'échapper à la maladie, personne n'évitera la vieillesse, et la mort. Le soignant côtoie quotidiennement la souffrance, la déchéance physique et morale, autant d'affects déplaisants qui rappellent de façon traumatique aux soignants qu'ils vont eux aussi vieillir. Les infirmières et les aides-soignantes s'identifient à leurs résidents et sont confrontées à une part d'elles-mêmes qui les inquiètent, elles l'expriment lorsqu'elles parlent de leur avenir, régulièrement nous les entendons dire : *« j'espère que je ne finirai pas comme cela »*; Aussi, elles tentent de se protéger en minimisant avec la personne soignée la relation humaine qui se crée au-delà de la relation de soins. De ce fait, elles centrent leurs soins sur les actes techniques. Si notre formation ne nous a pas préparés à cela ou de manière très timide, il faut cependant reconnaître que l'accompagnement des personnes en fin de vie a fortement évolué aux cours de ces dernières décennies.

Le développement des soins palliatifs au sein des maisons de repos démontre une volonté d'aider les soignants à mieux gérer ces instants difficiles. Toutefois, nous avons constaté qu'il existe encore un grand intérêt pour les problèmes médicaux qu'engendrent les soins aux mourants. Pourtant, nous nous souvenons tous de l'équipe soignante qui nous a soutenu dans la douleur lors de la perte d'un être chère. De leur présence, des mots d'encouragement, des petites attentions. Alors, est-ce pour se protéger ou à cause de notre formation orientée sur le soin du corps qui nous a fait oublier que la relation pouvait elle aussi panser ? A vrai dire, les résidents des institutions pour personnes âgées, nous l'avons dit, sont de plus en plus dépendants, atteints de pathologies lourdes, leur cadre de vie ressemble à s'y méprendre à celui de l'hôpital, s'ajoute à cela l'omniprésence de la mort. Tout ceci peut expliquer la perte de motivation et le découragement du personnel soignant qui finit par en oublier le sens de sa mission et ne plus croire à la valeur de son travail.

Synthèse :

La vieillesse est un processus, résultant d'une interaction des dimensions biopsychosociales, chacun vieillissant de manière différente selon son état de santé et son ressenti personnel face à la vieillesse. Nous pouvons donc la considérer de plusieurs manières comme une période riche d'expériences, dynamique où la personne peut donner à son environnement la richesse de son savoir. Mais elle peut également être vue comme le temps du déclin, une fois que les pertes de capacité physique ou cognitive apparaissent. Nous l'avons vu au travers de nos lectures, les représentations sociales sont d'autant plus négatives quand il s'agit de la vieillesse en institution car elles sont marquées par l'histoire de ces établissements, la détérioration de l'apparence et de l'activité physique des résidents, auquel s'ajoute la peur de son propre vieillissement. De plus, les médias ont un impact pernicieux sur la perception des maisons de repos. Ceux-ci ont tendance à mettre l'accent sur ce qui dysfonctionne au lieu d'appuyer les nouveaux projets ainsi que les moments chaleureux et conviviaux présents dans ces résidences pour personnes âgées. Tout ceci n'aide pas à faire évoluer positivement la vision de la population.

Ces dernières années pourtant, les responsables politiques ont assigné aux gestionnaires de ces établissements un certain nombre de réglementations dans le but de rationaliser les ressources mais également d'améliorer le cadre, les soins et la qualité de vie des résidents. En effet, il existe quantité de normes et d'exigences relatives à la qualité. Celles qui concernent l'architecture, l'hygiène, la sécurité, les procédures d'actes techniques de l'art infirmier sont le plus souvent respectées et pour cause, ce sont des normes mesurables et observables. Nous aurions pour cela envie de les qualifier de normes matérielles. Si elles ne sont pas suivies, elles peuvent conduire à des sanctions sévères pour l'établissement. Après de ces normes, il en existe d'autres que nous appellerons normes immatérielles. Celles-ci ont pour but d'apporter aux personnes âgées le plaisir et le sentiment de bien-être, d'être comme chez eux en maison de repos et de soins. Ceci est difficilement évaluable. Elles se traduisent dans la législation par l'obligation pour les établissements d'élaborer une déclaration d'intention sur leur politique menée pour les résidents atteints de démences et en soins palliatifs, mais également d'établir un projet de vie d'institution dont la finalité est de définir l'identité de l'institution et l'originalité de son offre quant à l'accueil des personnes âgées.

Le projet de vie reprend tous les aspects de l'organisation mis en place pour répondre aux besoins et aux souhaits des résidents afin d'assurer leur épanouissement personnel et en mettant tout en œuvre pour promouvoir leur autonomie. Hélas, si cette législation est pavée de bonnes intentions, à l'heure actuelle il nous faut admettre que trop souvent encore ce projet reste à l'état d'écrit, rédigé pour répondre aux conditions d'agrément. Nous en avons expliqué les raisons institutionnelles dans notre synthèse précédente.

Qu'en est-il pour les soignants?

La notion de projet dans le milieu des soins est encore récente. Longtemps réservé au secteur marchand, aujourd'hui il s'est introduit dans les non-marchands : les hôpitaux, les maisons de repos sont devenus des entreprises de soins. S'il est vrai que les institutions pour personnes âgées ne subissent pas trop les contraintes de la concurrence étant donné la pénurie de place, il n'en demeure pas moins que nous ne sommes plus dans le cadre des hospices où la personne était hébergée par charité en contrepartie de son obéissance.

Aujourd'hui, le résident paie et est en droit d'exiger la qualité des soins. De plus, c'est une réglementation en matière d'agrément qui oblige « *l'établissement doit développer à cet égard, une politique de qualité qui aura pour objet de déterminer, d'organiser, d'évaluer de manière systématique, la qualité des soins et des services ainsi que son fonctionnement(...)* »⁴¹. Ces obligations ont pour but la qualité des soins, nous l'avons déjà dit, mais également de contrôler en quelque sorte le bon usage des subsides. Le projet de vie peut être inclus dans cette politique soucieuse de qualité car il cherche à assurer le bien être du résident.

Pourquoi les soignants ne l'appliquent-ils pas ?

Travailler par projet change l'organisation, passant d'un fonctionnement vertical à une transversalité, qui peut faire peur à l'institution. Mais il peut également y avoir une réticence de la part des soignants car l'application du projet de vie demanderait de remettre en question l'organisation collective centrée sur les tâches qui donnent à chacun une certaine identité au travers de ces actes mais également un côté rassurant que la routine procure.

⁴¹ Extrait de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour

Le projet « est une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. Un projet est mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle. Il implique un objectif, des actions à entreprendre avec des ressources définies dans des délais donnés. »⁴² Le projet de vie est réellement une démarche spécifique car elle s'adresse à un individu en particulier, il s'oppose donc aux conduites répétitives et de ce fait peut faire craindre une surcharge de travail. De plus, la prise en charge d'un résident de façon globale suppose également une forte interaction entre les différentes disciplines de soins.

C'est ici que le cadre doit être l'élément fédérateur, arriver à ce que tous les soignants, chacun avec son savoir être et ses compétences, s'unissent dans la démarche de projet de vie. Une démarche, c'est aller vers un objectif, donner un sens à ce que nous faisons. Ainsi, la démarche de projet de vie donnerait à l'équipe soignante un sens à sa collaboration et une identité, un moyen d'être reconnu, un savoir-faire dans l'accompagnement des personnes âgées au regard de la société. Celle-ci bien menée, peut redynamiser les équipes. Car comme le sociologue Michel Crozier le souligne « *Une façon de leur redonner (sous entendu dans ce cas: aux soignants) de l'initiative est de les mettre en mesure de se doter d'un projet d'action : projet au niveau des individus, des groupes, des organisations et d'attirer l'attention sur le fait que malgré les apparences bureaucratiques, les sujets ont à leur disposition, pour peu qu'ils y prennent bien garde, des possibilités d'action inexploitées* »⁴³.

La synthèse de ce chapitre nous permet de dire que les acteurs eux-mêmes peuvent être responsables de la persistance de cette image peu édifiante des soins aux personnes âgées. Un moyen nous est pourtant offert ! Mais mettre le projet de vie en pratique doit être la volonté de tous. Cadre au sein des équipes, il nous revient d'exploiter cet outil. De notre management et de notre leadership dépendra le succès de cette nouvelle organisation de travail.

Dans le chapitre suivant que nous pourrions qualifier d'opérationnel, nous allons tenter de trouver des pistes pour aider le cadre à mettre en application ce projet, car comme nous l'avons vu, le projet mis en pratique peut remotiver les équipes et donner un souffle nouveau sur ces institutions, changer cette image persistante des hospices.

⁴² Vantomme P, *Méthodologie de projet* cours donnés dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009

⁴³ http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reperes_reco_projet_etablissement_ansm.pdf Repères concernant la notion de projet

Chapitre 4 : Le projet de vie

Nous commencerons par nous éclairer sur ce concept de projet de vie. Et pour cela, nous nous interrogerons d'abord sur la signification de chacun de ces deux mots.

Le projet : Nous l'avons déjà défini précédemment mais reprenons quand même la définition. Le terme « projet » dont la racine littérale du verbe est «projeter» renvoie à l'idée de « jeter en avant ». Le projet est donc un but que l'on souhaite atteindre, c'est un trajet vers quelque chose qui se construit, la direction que l'on souhaite suivre, c'est la raison pour laquelle nous allons mettre des choses en place pour atteindre notre objectif, c'est ce qui donne un sens à notre action.

La vie : « La vie est le résultat des fonctions biologiques d'un corps. C'est exister, penser, user de ses sentiments, de ses énergies. Ce n'est pas ce qui finit avec la mort et la mort n'est pas uniquement l'échéance finale de la vie. La vie est la condition présente et aimante du quotidien, un chemin que l'être humain parcourt, sur lequel il rencontre des joies, des plaisirs, des obstacles. Chaque personne a des capacités d'adaptation différentes selon ses propres perceptions, attentes et besoins du moment. Cela dépend aussi de la constitution de la personnalité, de la culture et des valeurs auxquelles l'être humain se réfère... »⁴⁴. L'être et la vie qui l'anime sont donc un tout bio-psycho-social et spirituel.

Ainsi nous pourrions dire que le projet de vie est le sens que l'individu veut donner à celle-ci au travers de ses valeurs, ses besoins, ses envies. Tout au long de notre vie, nous nous projetons vers notre avenir. Par ailleurs, ne demandons-nous pas aux enfants ce qu'ils veulent devenir ? Mais qu'en est-il des personnes âgées, quand arrive doucement le bout du chemin. Quel projet de vie peuvent-elles encore avoir ? L'histoire a longtemps laissé penser que les personnes en maison de repos et de soins n'avaient d'autre projet que d'attendre la mort et le contexte social actuel n'aide pas à modifier cette perception.

De plus, la notion de projet a longtemps été associée au secteur marchand et avec lui ses contraintes de rentabilité, compétitivité et de qualité. Conjuguer ces derniers avec le monde des institutions pour personnes âgées en fait encore réagir plus d'un, pour qui les soins doivent encore être synonymes de dévouement, et d'abnégation.

⁴⁴ Walter .B, « *Le savoir-infirmier* » Paris, éditions Lamarre-Poinat, Paris, France, 1988, pp40-41

Il faut ici être réaliste, notre système de santé ne nous permet pas de faire du caritatif et le secteur des soins aux personnes âgées doit rester rentable si nous voulons le pérenniser.

Au-delà, un projet peut aussi être un outil au service de la qualité, n'est-ce pas là ce que l'on cherche pour nos aînés? Le cadre au sein de son service est au cœur de ce défi d'efficacité. Alors voyons ce que nos législateurs nous demandent au travers de ce projet de vie.

Retraçons brièvement l'évolution du concept de projet de vie au niveau légal.

C'est le 27 juillet 1992 qu'apparaît pour la première fois le concept de projet de vie *«l'exécutif de la communauté française adoptait un arrêté qui rendait un accord de principe obligatoire préalablement à l'ouverture et à l'extension d'une maison de repos. Le dossier qui devait être introduit pour demander cet accord exigeait que soit présenté le type de projet de vie spécifique à la maison de repos⁴⁵»*.

Plus tard, le 19 décembre 1996, le projet de décret relatif aux maisons de repos approuvé par le Gouvernement Wallon et transmis pour adoption, précise que dans ce projet de vie *« Les résidents doivent pouvoir trouver dans chaque maison de repos, un cadre permettant leur épanouissement personnel, qui tienne compte de leurs potentialités et favorise les liens avec l'environnement social et culturel. Aussi convient-il que le décret revoie d'imposer à chaque maison de repos de définir un projet de vie qui permette cet épanouissement »*.

L'article 17 du décret d'application du 05 juin 1997 stipule que *«Chaque maison de repos organise des activités d'animation et adopte un projet de vie qui répond aux besoins des résidents afin de leur assurer un bien-être optimal et de maintenir leur autonomie»*. Cet article donne peu de précision sur les modalités d'application. Aussi une circulaire du 2 février 1999 apporte quelques recommandations sur le contenu de ce dernier. *«Le projet de vie doit permettre à chaque résident d'accomplir les actes de sa vie quotidienne dans le respect des valeurs qu'il considère comme essentielles et dans le respect de l'autonomie de sa personne, sans nuire à la liberté des autres.»* Il doit concerner tous les aspects de l'organisation de la maison de repos, être établi après concertation avec le personnel et si possible les résidents. Enfin il doit faire l'objet d'une évaluation annuelle.

⁴⁵ Décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et centre d'accueil de jour en région wallonne. Textes et travaux préparatoires. Publication réalisée à l'initiative du ministère de l'action sociale, du logement et de la santé du gouvernement wallon, W. Taminiaux, Jambes, 1999

Il définit les moyens que l'établissement met en œuvre en ce qui concerne l'accueil, le séjour, les soins, le personnel, et la participation des résidents.

En 2003 vient s'ajouter au côté du projet de vie le mot institutionnel et devient une exigence d'agrément. Si au cours de ses vingt années d'existence, ce projet de vie a évolué au niveau légal, il apparaît que sa concrétisation sur le terrain est encore fort timide. Tentons de comprendre la raison en revisitant ce concept de projet institutionnel⁴⁶.

⁴⁶ Jaumotte A., « envie de vie »,UCP, mai 010,77p

4.1 Projet de vie institutionnel

Le projet de vie institutionnel aurait pour objectif d'amener les gestionnaires et le personnel d'institution à se poser la question sur le type d'accompagnement qu'ils souhaitent mener avec les résidents. Le but est de définir l'identité de l'institution et l'originalité de son offre quant à l'accueil des personnes âgées. C'est en quelque sorte la culture d'entreprise qu'elle souhaite entretenir, exprimée au travers des valeurs que l'ensemble de l'institution porte et les moyens qu'elle met en œuvre pour les défendre. A cette fin d'ailleurs, le projet de vie doit se positionner sur différents niveaux.

Le niveau collectif avec l'organisation du travail et de la vie en groupe ainsi que toutes les actions mises en place pour améliorer le fonctionnement au quotidien et ce pour l'ensemble des acteurs. Le niveau individuel qui démontre l'importance accordée à chaque résident et la prise en considération de son projet afin de lui permettre de garder son identité, un sens à sa vie. Enfin, au niveau environnemental, avec tout ce qui constitue l'agencement du cadre architectural pour rapprocher celui-ci du cocon familial d'antan, mais également la politique d'ouverture de l'institution vers l'extérieur qui permettrait sans doute de rapprocher les générations et peut-être de changer le regard que la société porte sur nos institutions, sur les personnes qui y vivent et qui y travaillent.

L'objectif est d'amener les institutions à exprimer au travers de leur projet de vie comment elles vont, d'une part « *Permettre aux personnes âgées de trouver et de garder un sens à leur vieillesse et une identité réelle.(...)* », et d'autre part « *(...)Permettre aux professionnels de trouver et de garder un sens à leur travail et de constituer une identité dans le soin et l'accompagnement des personnes vieillissantes.*»⁴⁷

Aussi, il n'est pas difficile de comprendre que pour que cette obligation légale puisse atteindre ses objectifs, la participation de tous les acteurs est indispensable. Qui d'autre que les personnes concernées pourrait donner un sens à leur vie, à leur travail? Le projet de vie élaboré en concertation avec l'ensemble des intervenants de l'institution pourrait être un élément fédérateur à tout niveau de l'organisation.

⁴⁷ <http://www.rifvel.be>

Il apporterait aux soignants un sens, une identité à leur accompagnement et permettrait des pratiques uniformes. Ce qui ferait naître au sein de l'institution une dynamique, qui augmentera sans doute la motivation du personnel et le bien-être des résidents.

Cette loi laisse malheureusement rêveur, car si chaque institution possède bien un projet de vie, normes d'agrément obligent⁴⁸, peu de résidents ou membres de leur famille en connaissent le contenu. Il en va de même pour les soignants, qui informés de son existence et de ses objectifs généraux : le bien-être et le maintien de l'autonomie, ne savent pas vous expliquer ou dire en quoi il leur est utile au quotidien.

Force est de constater que trop souvent encore, le projet de vie reste un document écrit pour satisfaire aux exigences de l'inspection. Aucun chiffre ne viendra étayer cette affirmation, mais notre expérience professionnelle et le partage avec d'autres soignants nous permettent de dire que c'est ici une réalité. Lors de nos recherches, nous avons pu remarquer, après avoir parcouru plusieurs projets de vie, que les dispositions développées se limitaient à celles prévues par la loi et reprises dans le règlement d'ordre intérieur type. De plus, certains d'entre eux sont signés au nom du directeur de l'établissement. Il nous semble que nous sommes, loin d'une réflexion collective que demande un tel projet.

Si nous prenons un peu de recul, nous pouvons nous poser la question suivante : est-ce le projet institutionnel demandé ? N'est-ce pas plutôt un projet d'établissement comme le précise le R.O.I type ? Car en soi, les objectifs du projet vie institutionnel ont déjà été prédéfinis par l'obligation légale en précisant qu'il devait apporter sens et identité aux résidents et aux soignants. Essayons d'y voir plus clair en parcourant ce projet de vie de l'établissement .

⁴⁸ Le projet de vie, devenu norme d'agrément MR (A.G.W. 3.12.2008);

4.2 Projet de vie de l'établissement

Nous pourrions considérer que le projet de vie de l'établissement est la concrétisation du projet de vie institutionnel, car il reprend les modalités pratiques de sa mise en œuvre. Parcourons le projet de vie de l'établissement proposé par le R.O.I de la Région Wallonne, dans lequel il définit le contenu minimal de ce dernier.

« Il comprend l'ensemble des actions et des mesures destinées à assurer l'intégration sociale et la qualité de vie des résidents tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. » Et ce en ce qui concerne :

1° Les dispositions relatives à l'accueil.

2° Les dispositions relatives au séjour.

3° Les dispositions relatives à l'organisation des soins et des services d'hôtellerie.

4° Les dispositions organisant le travail en équipe dans un esprit interdisciplinaire.

5° Les dispositions permettant la participation des résidents⁴⁹.

Ce projet d'établissement pourrait être un formidable outil au service des résidents, mais également à l'ensemble des personnes qui s'affairent autour d'eux afin de leur procurer lieu et qualité de vie. Un projet, nous l'avons déjà défini, *« est une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. Un projet est mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle. Il implique un objectif, des actions à entreprendre avec des ressources définies dans des délais donnés. »⁵⁰*

Malheureusement, quand nous parcourons celui-ci, nous devons comprendre que le projet proposé par un établissement sera l'éventail des moyens mis en œuvre afin d'aider le résident à s'adapter et à se sentir chez lui au sein de l'établissement. En effet, nous y retrouvons le terme disposition qui, repris dans le dictionnaire, est défini comme *« règle ou prescription énoncée dans un texte. »⁵¹* Or, un projet doit être l'énoncé d'une volonté à venir et non, une procédure à suivre. Élaboré de cette façon, nous comprendrons aisément que le personnel soignant le percevra une fois de plus comme une contrainte.

⁴⁹ Annexe 3 page 54

⁵⁰ Vantomme P, *Méthodologie de projet* cours donnés dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009,

⁵¹ Larousse, op cit, 327p

Au delà, si nous nous intéressions à la deuxième ambition du projet de vie de l'institution : le sens et l'identité du travail des soignants. Nous constatons qu'il n'est pas clairement exprimé, mais repris dans les dispositions mises en place pour répondre au projet de vie du résident. Informer le soignant qu'il fait partie des objectifs poursuivis par le projet, pourrait l'aider à s'impliquer dans sa mise en application.

Quant à l'évaluation annuelle demandée par la réglementation, étant donné la dynamique actuelle du projet de vie, reviendrait à ajouter quelques moyens à la liste des actions mises en place. De même, aucune preuve ne doit être apportée quant à l'évaluation et les critères qu'elle prend en compte pour apprécier le résultat du projet de vie.

Nous sommes ici devant un Macro-projet. Vouloir y répondre par quelques documents écrits relève de l'utopie. Si nous reprenons chaque item imposé dans le contenu minimum du projet, chaque point soulevé peut être le fruit de plusieurs projets à visées collectives ou individuelles, microprojets. Cela nous permet de dire que le projet de vie doit faire activement partie de la vie de l'établissement, il peut soulever une dynamique constructive. Cependant, mettre en application un tel projet demande des compétences que le cadre devra posséder. Car la conduite de projets demande certes un savoir-faire mais également un savoir-être.

4.3 Le cadre et le projet de vie

En temps que cadre, nous sommes responsables d'unité. Notre mission est de mener à bien la gestion et l'organisation d'un service dont la finalité est d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la personne soignée, mais également de répondre aux objectifs de l'institution. Pour ce faire, nous encadrons et animons une équipe soignante, le tout avec efficacité pour répondre aux exigences de rentabilité.

Du management pratiqué par le cadre dépendra l'organisation et l'ambiance de travail. Il faut entendre par management, la manière dont nous conduisons l'organisation. Celui-ci émane de la position hiérarchique qui donnera immédiatement le ton. Si celle-ci souhaite garder une autorité verticale, le management appliqué sera directif, fondé sur la définition de fonction et d'objectifs définis unilatéralement. Dans une telle organisation, le projet n'a d'espoir d'exister qu'en théorie. Si par contre, la hiérarchie souhaite amener le cadre et son équipe à prendre part aux décisions concernant l'organisation de l'institution, nous ne serons plus dans une culture de l'autorité mais de la responsabilité. Le projet est alors un outil permettant de développer cette culture. Car manager un projet, c'est conduire une équipe projet où chacun prend part aux décisions quant à la direction, la réalisation et à la négociation. Il permet donc des choix et procure de l'autonomie aux acteurs.

C'est ici que le cadre doit être l'élément fédérateur pour arriver à ce que tous les soignants, chacun avec son savoir-être et ses compétences, s'unissent dans la démarche de projet de vie. Pour cela, il est impératif que tous les acteurs soient informés et travaillent en collaboration interdisciplinaire. De cette interdisciplinarité doit naître un esprit d'équipe où chacun apporte, avec ses connaissances, son savoir faire et son savoir être, une part dans la réalisation du projet. Celui-ci donne un sens à cette collaboration, ensemble nous avons un but, mais au delà, il apporte aussi à l'équipe un sentiment d'appartenance, une identité, un moyen d'être reconnu dans l'accompagnement des personnes soignées.

Toute l'organisation doit prendre part au projet. Nous entendons par organisation «*un certain nombre de personnes interdépendantes qui travaillent ensemble pour atteindre des buts communs*»⁵². Le cadre doit prendre en considération toutes les personnes qui constituent l'équipe projet, nous l'avons dit, l'interdisciplinarité est un élément essentiel mais les soignants ne sont pas les seuls à côté du cadre à concrétiser le projet.

⁵² Florin C, « Management » cours donnés dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009,

En effet, suivant le but recherché d'autres professionnels pourront être inclus dans la démarche projet, mais pas seulement !.

Trop souvent dans nos institutions pour personnes âgées dépendantes, deux personnes ou groupe de personnes sont encore trop peu intégrés. Nous pensons ici aux résidents eux-mêmes et à leur famille.

Le résident

Le résident est au cœur de notre projet de vie institutionnel et doit rester acteur de son projet de vie. Entrer en maison de repos est, nous l'avons vu, un changement important dans la vie d'une personne âgée. Lorsqu'une personne quitte son domicile, il lui faut du temps pour qu'il exprime ses désirs. Entrés, pour la plupart d'entre eux, parce que plus d'autres alternatives ne s'offraient à eux, ils se voient dépendant de tiers pour satisfaire leurs besoins. Leur placement en institution les éloigne de leurs relations sociales et de leur environnement. Il est pourtant important pour leur identité qu'ils en gardent ou qu'ils en fassent de nouvelles, car seul le lien avec la famille ou les soignants ne peut satisfaire à ce besoin d'appartenance. En effet, ils risqueraient de se sentir uniquement reconnus dans leur dépendance. La recherche d'un sens à leurs actions ainsi que l'appartenance à un groupe leur permettra de poursuivre leur vie et non la subir. Mener avec eux un projet de vie, c'est établir le but qu'ils poursuivent, ce qu'ils souhaitent atteindre, ce pourquoi ils vivent.

C'est pour cela qu'il nous paraît ici important de distinguer autonomie et dépendance. En effet, nous sommes dans des institutions pour personnes âgées dépendantes, bon nombre de personnes ont encore tendance à confondre ces deux mots pensant qu'une personne dépendante est dénuée d'autonomie. C'est peut-être pour cela d'ailleurs, que volontairement ou non, nous ne le faisons pas participer activement au projet de vie de l'institution et in fine, au sien.

La dépendance « *est la nécessité de recourir à un tiers pour les actes de la vie quotidienne* »⁵³. Ainsi, un individu hémiparétique aura besoin d'une aide pour se laver, s'habiller, se déplacer, mais il sera tout à fait capable de décider ce qu'il va porter et où il veut aller. L'autonomie vient du grec « *autonotos qui signifie régir ses propres lois par extension, c'est la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même, les règles de conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à encourir.* »⁵⁴.

⁵³ Belmin J., Amalberti F., Beguin F., « L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées », publié par Elsevier Masson, 2005, 34p

⁵⁴ Belmin J., Amalberti F., « *Les soins aux personnes âgées* », édition Masson, 1998, 49p

Encore faut-il lui en laisser la possibilité ! C'est ici que prend tout l'intérêt de l'inclure dans le projet de vie car encore une fois, c'est pour lui que la vie doit avoir un sens. Et si toutefois, il ne peut l'exprimer, un autre partenaire peut l'y aider et aider l'équipe à atteindre les objectifs de son projet de vie, nous pensons ici à la famille.

La famille

L'entrée en maison de repos et de soins, nous l'avons vu, est un moment difficile. Au delà des tracasseries administratives et pratiques, il survient un sentiment d'échec pour la personne âgée qui n'a pas réussi à rester chez elle et la famille culpabilise de ne pouvoir prendre soin elle-même de leur parent. Ce sentiment de culpabilité peut provoquer une fuite des proches, qui se traduit par des visites écourtées ou au contraire une présence envahissante, surveillant et guettant le moindre manquement de l'institution, manière pour eux de soulager leur conscience et de montrer à la personne âgée qu'elle ne les abandonnent pas. Face à de tels comportements, les soignants entrent en conflit avec ces dernières et portent des jugements moraux qui seront les premiers obstacles à la reconnaissance de la souffrance des familles dans cette période difficile de leur vie et à la place essentielle qui est la leur auprès de leurs parents. Ce manque de reconnaissance viendra nourrir l'attitude des familles et les préjugés des soignants.

Ce concept de place est donc un élément important de cette relation famille, résident, soignant. En effet, si le résident est le mieux placé pour dire ce qui est important pour lui, qui d'autre que la famille peut être le garant de son histoire quand viendront les jours difficiles. Elle seule connaît la personne à tous les stades de son histoire et peut aider les professionnels à faire le lien entre ce que la personne vit aujourd'hui et son passé. Ensemble, ils partagent une culture, des croyances, des principes qui leur sont propres. La famille est un maillon indissociable du résident et de l'équipe soignante, mais la collaboration est loin d'être toujours facile. Les soignants sont-ils toujours prêts à entendre et même à aller chercher cette information que la famille possède ? Il existe souvent une surenchère du savoir entre l'équipe et la famille. Celle-ci revendique son savoir et veut rester acteur auprès de son parent, lui montrer qu'il continue à prendre soin de lui et parfois même prouver qu'il est le seul à savoir ce qui est le mieux pour lui. Les soignants, dans ces institutions pour personnes âgées dépendantes, déjà en mal de reconnaissance professionnelle, éprouvent des difficultés à reconnaître aux familles des connaissances qui pourraient les aider. Alors qu'un partenariat ne serait que plus bénéfique encore pour les résidents.

Encore une fois, il revient au cadre de prendre en compte toutes les personnes qui constituent l'équipe projet et de fédérer tous les partenaires autour de celui-ci. Si son leadership est important, la manière dont il managera le projet est également déterminante.

Le cadre est le pilote du projet de vie. Manager un projet est une compétence qui dépendra du savoir-faire et du savoir-être de ce dernier. Outre planifier, animer, organiser, contrôler, le manager doit s'assurer que les objectifs ont été clairement énoncés, qu'ils répondent aux besoins, que le projet est réalisable et que les moyens sont réunis pour le mener à bien. Aussi, il sera, si nécessaire, le médiateur entre la hiérarchie et l'équipe projet. De même, un planning sera prévu avec un échéancier pour donner des repères aux acteurs, ce qui est indispensable pour ne pas laisser le projet se perdre. Des critères d'évaluation doivent également être définis pour pouvoir apprécier le résultat. Son rôle aussi est de veiller à la cohésion de l'ensemble des membres du projet, c'est de sa communication et de l'information diffusée que cette dernière résultera. Tous les éléments ont ici été énoncés pour permettre au projet de vie d'être réalisable.

Nous avons vu que tous les éléments peuvent être rassemblés pour que le projet de vie soit réalisable. Notre position de cadre nous donne la possibilité de négocier auprès de la hiérarchie. C'est à nous d'amener les arguments pour permettre de rendre ce projet de vie opérationnel.

Conclusions et perspectives

Notre problématique avait l'ambition de répondre à la question suivante : pourquoi une vision délétère des institutions pour personnes âgées persiste-t-elle? Nous demandant si cela était dû à l'institution elle-même ou aux différents acteurs de ce microcosme?

A ce niveau, nous croyons pouvoir dire que les deux ont une part de responsabilité. Commençons par l'institution.

Son organisation reste encore trop souvent bureaucratique. Celle-ci, il est vrai, a la particularité d'être rassurante pour l'ensemble du système mais limite également la marge de liberté des individus et engendre un fonctionnement routinier, qui à court terme peut provoquer une perte de motivation. Le projet de vie par définition aurait pu changer les choses, nous l'avons vu, il est porteur de sens pour les résidents et les soignants, il s'oppose à la conduite répétitive, source d'ennui et de démotivation. Cependant, il demande aussi un changement d'organisation, passant de la verticalité vers une transversalité. Si nous pouvons imaginer que toutes les institutions n'y sont pas opposées, rien ne les y pousse vraiment. Et pour cause, au vu des obligations légales, les institutions peuvent, pour élaborer leur projet de vie, se servir du projet de vie type mis à leur disposition dans le R.O.I type. Comment peut-on encore parler de projet de vie institutionnel qui aurait comme but de définir l'identité et l'originalité de ces services, s'il se réduit à un canevas standardisé quelque peu amélioré? Il nous semble qu'à ce niveau il serait plus adéquat de parler de procédure de vie. Ce qui par ailleurs correspondrait mieux à cette organisation bureaucratique.

L'institution reste elle-même institutionnalisée, elle suit les règles prescrites par les institutions légales, imposées pour contrôler son fonctionnement et son financement. Elle pourrait pourtant au travers des textes, prendre la part de liberté qui lui est offerte. En effet, la mise en application d'une démarche de projet de vie permettrait de changer le fonctionnement de ces institutions pour personnes âgées pour autant que l'institution accepte de négocier les dispositions légales qui demandent d'établir un projet de vie avec des objectifs prédéfinis à revoir annuellement. Cette ambition, nous l'avons vu, ne peut correspondre à une démarche de projet de vie

En ce qui concerne les acteurs : l'architecture et le décorum ont sans aucun doute un impact sur la représentation que la société se fait de ces lieux. Mais ce qui à nos yeux a le plus de conséquences, est l'attitude des soignants.

Ceux-ci, exposés à une charge de travail quantitative et qualitative à laquelle ils ne savent pas répondre à hauteur de leur idéal, sont souvent confrontés à leurs limites. Comment peut-on être fier de son travail dans ces conditions? Comment pourraient-ils donner une identité à leurs soins et une image positive, si eux-mêmes ne s'y retrouvent plus ? Car leur conception des soins reste encore fortement associée à celui de l'hôpital où l'objectif des soins est la guérison. Accompagner nos résidents dans cette optique ne peut qu'engendrer une frustration. Cela donne au résident, à sa famille et in fine à la société, une image plutôt négative de l'accompagnement.

Toutefois, jusqu'à ce jour, les acteurs n'ont pas su saisir l'opportunité qui leur était donnée : le projet de vie. S'il est proposé de manière fort procédurière, il ne tient qu'à nous, acteurs, de prendre les choses en mains. Qui d'autre que les cadres pourront être les négociateurs. L'intention des pouvoirs publics est d'améliorer le bien-être des résidents et des soignants. C'est un fait, les textes légaux le précisent. A nous, personnes de terrain, de proposer une méthode pour atteindre le but visé. Il y a peut-être un risque de bouleverser l'organisation, mais laisser nos personnes âgées et les personnes qui les accompagnent, n'est il pas un risque plus important ? N'est-ce pas là une belle ambition que de redonner à nos résidents et à nos soignants, sens et identité ?

La tâche risque d'être ardue mais l'enjeu n'en vaut il pas la peine ?

Pour atteindre nos objectifs, c'est-à-dire rendre le projet de vie opérationnel, il nous faudra convaincre les responsables de l'établissement, les équipes soignantes, les résidents et leurs familles, mais également les pouvoirs publics de changer les dispositions légales exigées pour cet agrément « le projet de vie ».

Conclusion générale

Ce travail nous a permis de répondre à notre questionnement. Mais nous a également éclairés sur le concept du projet de vie.

La notion de projet encore récente dans le milieu des soins, a longtemps été associée au secteur marchand faisant rimer productivité et rentabilité. Les secteurs de la santé ne pouvaient conjuguer soins et rentabilité, pourtant il a fallu nous rendre à l'évidence, l'époque de l'hôtel dieu a vécu et nos institutions de soins sont devenues des organisations qui, si elles ne sont pas lucratives, doivent rester rentables. Leurs ressources sont limitées et leurs fonctionnements réglementés. Le projet de vie adapté judicieusement à nos institutions pourrait, nous l'avons compris, rendre rentable, efficace et de qualité, notre accompagnement aux soignés.

De plus, ce projet peut être un élément fédérateur de l'organisation faisant naître au sein de l'institution une culture d'entreprise qui pourrait renforcer le sentiment d'appartenance des membres de l'équipe. Cette dynamique peut motiver le personnel, mais également changer la vision de l'institution pour ses utilisateurs. Ainsi le projet peut entraîner une spirale positive pour l'institution et pour ses travailleurs qui ne pourra que lui être bénéfique en terme d'image mais également en terme de services.

Vous l'aurez sans doute remarqué dans cette conclusion, nous avons pris un peu de hauteur et nous avons considéré toutes les institutions, car nous pensons effectivement que ce projet pourrait être un outil au service de bon nombre d'institutions, fussent-elles de soins ou non. Il suffit d'y croire car :

« Une utopie qui se borne à décrire un rêve irréalisable est plus néfaste qu'utile, le fossé entre le réel vécu dans l'instant et le souhaitable imaginé pour plus tard apparaît définitivement infranchissable. Tous les abandons sont alors justifiés, tous les projets se heurtent à la lâcheté des : A quoi bon ? Elle peut être au contraire un facteur de renouveau, être à l'origine d'une dynamique si elle est reçue en suscitant un : Pourquoi pas ? »⁵⁵

Albert Jacquard

⁵⁵ Albert Jacquard scientifique français né en 1925, <http://www.dicocitations.com> site consulté le 22 mai

Annexe

Annexe 1

« Que vois-tu, toi qui me soignes, que vois tu ? Quand tu me regardes, que penses-tu ?

Une vieille femme grincheuse, un peu folle, le regard perdu, qui bave quand elle mange et ne répond jamais quand tu dis d'une voix forte « essayez » et qui semble ne prêter aucune attention à ce qu'elle fait. Qui docile ou non, te laisse faire à ta guise, le bain et les repas pour occuper la longue journée. C'est ça que tu penses, c'est ça que tu vois ? Alors ouvre les yeux, ce n'est pas moi.

Je vais te dire qui je suis, assise là, tranquille, me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux...Je suis la dernière des dix, avec un père, une mère ; des frères, des sœurs qui s'aiment entre eux...Une jeune fille de seize ans, des ailes aux pieds, rêvant que bientôt elle rencontrera son fiancé...Déjà vingt ans mon cœur bondit de joie au souvenir des vœux que j'ai fait ce jour-là. J'ai vingt-cinq ans maintenant et un enfant à moi qui a besoin de moi, pour lui construire une maison...Une femme de trente ans, mon enfant grandit vite ; nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront...Quarante ans ; bientôt il ne sera plus là, mais mon homme est à mes côtés et veille sur moi. Cinquante ans, à nouveau jouent autour de moi des bébés. Nous revoilà avec des enfants, moi et mon bien-aimé.

Voici les jours noirs, mon mari meurt. Je regarde vers le futur en frémissant de peur car mes enfants sont très occupés pour élever les leurs et pense aux années et à l'amour que j'ai connus. Je suis vieille maintenant et la vie est cruelle et s'amuse à faire passer la vieille pour folle. Mon corps s'en va .Grace et forme m'abandonne. Il y a une pierre où jadis il y avait un cœur. Mais dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure. Le vieux cœur se gonfle sans relâche, je me souviens des joies et des peines. Et à nouveau, je revis ma vie et j'aime. Je repense aux années trop courtes et trop vite passées et accepte cette réalité implacable.

Alors, ouvre les yeux, toi qui me regardes et qui me soignes. Ce n'est pas la vieille femme grincheuse que tu vois ...Regarde mieux et tu verras... »⁵⁶

⁵⁶ Texte écrit par une vieille dame terminant sa vie en MRS, les soignants ont retrouvé cette lettre sous son oreiller après son décès...

Annexe 2

CATEGORIES DE DEPENDANCE : MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

Catégorie O : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

Catégorie A : y sont classés :

les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :

ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

les bénéficiaires dépendants psychiquement :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et

ils sont entièrement indépendants physiquement ;

Catégorie B : y sont classés :

les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et

ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;

les bénéficiaires dépendants psychiquement :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et

ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

Catégorie C : y sont classés :

les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et

ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et

ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

Catégorie C dément : y sont classés :

les bénéficiaires dépendants psychiquement :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et

ils sont dépendants pour incontinence et ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

Annexe 3

MAISON DE REPOS ou MAISON DE REPOS ET DE SOINS

COURT SEJOUR

REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR⁵⁷

Identification de l'établissement

Dénomination :

Adresse :

Numéro du titre de fonctionnement délivré par le Service public de Wallonie :

□□□□.□□□□.□□□□.

Maison de repos Maison de repos et de soins Court séjour

Identification du gestionnaire

Dénomination (Personne morale ou⁵⁸ Personne physique) :

Adresse :

Identification du directeur

Nom et prénom :

Article 1. Cadre légal

Le présent règlement d'ordre intérieur est établi en vertu :

- du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, articles 334 à 379 et de l'arrêté du Gouvernement wallon du 15 octobre 2009 portant exécution du décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées ;

et, le cas échéant :

- de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises.

Il définit les droits et devoirs des résidents et du gestionnaire.

Il vise à organiser la vie de l'établissement, quelle qu'en soit la dénomination, destiné à l'hébergement de résidents tels que définis à l'art. 334, 1° du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé précité.

⁵⁷ Toutes les mentions accompagnées de pointillés sont à compléter

⁵⁸ Biffer la mention inutile; si une société gère l'établissement, mentionner son nom et le type de société.

Article 2. Respect de la vie privée

Le gestionnaire s'engage à respecter la vie privée des résidents et à n'imposer à ceux-ci aucun choix à caractère commercial, culturel, philosophique, religieux, politique ou linguistique.

La chambre est le domaine intime du résident et tout membre du personnel ou de la direction est tenu de s'annoncer avant d'entrer.

Les résidents ont le droit de téléphoner en dehors de la présence d'une tierce personne.

Les résidents ont le droit de recevoir les visiteurs de leur choix entre et heures⁵⁹ et ce, tous les jours, y compris les week-end et jours fériés.

Les résidents sont libres de quitter l'établissement et de le réintégrer selon leur convenance, sur simple avis préalable de leur part à la direction (sauf avis médical contraire).

Pour autant que le résident ou son représentant en fasse la demande, la visite et l'assistance des ministres ou représentants de son culte ainsi que de conseillers laïques est organisée librement et dans la plus stricte intimité.

Le libre accès pour assistance à une personne mourante est autorisé en permanence à la famille, aux amis ainsi qu'aux ministres du culte et conseillers laïques.

Article 3. La vie communautaire

La plus grande liberté possible est laissée au résident, compte tenu des impératifs de la vie communautaire et des dispositions relatives à la sécurité.

§ 1er. Le projet de vie de l'établissement

Un projet de vie est établi par l'établissement. Il comprend l'ensemble des actions et des mesures destinées à assurer l'intégration sociale et la qualité de vie des résidents, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. Il comprend au moins :

1° Les dispositions relatives à l'accueil des résidents prises dans le but de respecter leur personnalité, d'apaiser le sentiment de rupture éprouvé par eux et leur famille lors de l'entrée et de déceler les éléments qui permettront, au cours du séjour, de mettre en valeur leurs aptitudes et leurs aspirations;

2° Les dispositions relatives au séjour permettant aux résidents de retrouver un cadre de vie aussi proche que possible de leur cadre familial, notamment en encourageant leur participation aux décisions concernant la vie communautaire et en développant des activités occupationnelles, relationnelles, culturelles en vue de susciter l'ouverture de la maison vers l'extérieur;

⁵⁹ Au moins 3 heures l'après-midi et 1 heure après 18 heures.

3° Les dispositions relatives à l'organisation des soins et des services d'hôtellerie, dans le but de préserver l'autonomie des résidents tout en leur procurant bien-être, qualité de vie et dignité;

4° Les dispositions organisant le travail en équipe dans un esprit interdisciplinaire et de formation permanente, exigeant du personnel un respect de la personne du résident, de son individualité, en actes et en paroles et octroyant à ce personnel, des moyens, notamment en temps, qui facilitent le recueil et la transmission des observations permettant d'atteindre les objectifs du projet de vie;

5° Les dispositions permettant la participation des résidents, chacun selon ses aptitudes, en vue de favoriser le dialogue, d'accueillir les suggestions, d'évaluer en équipe la réalisation des objectifs contenus dans le projet de vie institutionnel et d'offrir des activités rencontrant les attentes de chacun.

Le projet de vie de l'établissement est évalué chaque année par l'ensemble des acteurs de l'établissement que sont le gestionnaire, le directeur, le personnel et le conseil des résidents. Le cas échéant, le projet de vie de l'établissement est amendé.

§ 2 Le Conseil des résidents

Le résident peut participer à la vie de l'établissement, notamment, dans le cadre du Conseil des résidents qui doit être créé dans chaque établissement.

Fréquence des réunions (au moins une fois par trimestre):

Le Conseil des résidents reçoit le soutien du personnel de l'établissement.

Il est composé de résidents ou de leurs représentants et/ou de membres de leur famille. Le directeur ou son représentant peut assister aux réunions du conseil.

Le service social de la commune où est installé l'établissement est informé de la tenue des réunions du Conseil des résidents et invité à y participer au moins une fois par an

Le Conseil des résidents donne des avis et fait des suggestions, notamment au sujet du fonctionnement de l'établissement, de l'organisation des services, du projet de vie institutionnel et des activités d'animation.

Il est établi un rapport de chaque réunion du Conseil des résidents. Ce rapport sera affiché au tableau d'affichage et pourra être consulté par les résidents, les membres de leur famille ou leur représentant et par les fonctionnaires chargés de l'inspection.

§ 3. Les activités

Les résidents sont informés des différentes activités et animations organisées au sein ou en dehors de l'établissement.

Les lieux de vie communs sont accessibles à tous les résidents.

§ 4. Les repas

Les résidents reçoivent trois repas par jour dont au moins un repas chaud complet et les collations requises notamment en soirée.

La nourriture saine et variée est adaptée à l'état de la personne âgée.

Les régimes diététiques prescrits par le médecin traitant sont observés.

Pour assurer la convivialité et respecter le projet de vie, les repas sont pris, sauf raison médicale, au restaurant de l'établissement.

L'aide nécessaire sera fournie aux personnes qui éprouvent des difficultés pour manger ou boire seules.

L'horaire des repas⁶⁰ est affiché à l'endroit suivant :

Les menus sont communiqués aux résidents au moins une semaine à l'avance, notamment au moyen du tableau d'affichage.

§ 5. L'hygiène

L'établissement est attentif à l'hygiène des résidents lesquels, par respect pour leur entourage, doivent avoir une tenue vestimentaire propre et décente.

La literie est tenue en état de propreté constant et, en tout cas, changée au moins une fois par semaine.

Les bains ou douches peuvent être utilisés quotidiennement. Une toilette complète sera effectuée au moins une fois par semaine. L'aide nécessaire sera fournie aux personnes qui sont incapables de procéder seules à leur toilette.⁶¹

Le résident doit disposer de linge personnel en quantité suffisante. Il convient de veiller à ce que le linge sale soit enlevé régulièrement.

§ 6. Les animaux domestiques

Ceux-ci ne sont pas autorisés dans l'établissement.

ou

Les animaux domestiques suivants sont autorisés dans l'établissement :

.....

⁶⁰ Le repas du matin ne peut être servi avant 7 h., celui du midi avant 12 h. et celui du soir avant 17.30 h.

⁶¹ Les toilettes et soins ne peuvent être réalisés durant la nuit ou avant 7 h du matin sauf en cas d'incident majeur ou pour des raisons médicales mentionnées dans le dossier individuel de soins.

Toutefois, ils ne peuvent avoir accès ni aux cuisines, ni aux locaux où sont conservés des aliments, ni à la salle à manger, ni aux locaux de soins et de préparation des médicaments.

§ 7. L'assurance en responsabilité civile

Dans l'intérêt du résident, la souscription par celui-ci à une assurance en responsabilité civile est vivement conseillée.

Article 4. La sécurité

Les résidents doivent se conformer aux dispositions relatives à la sécurité.

Il est interdit de fumer dans l'établissement, y compris dans les chambres, si ce n'est dans des locaux spécifiques mis à la disposition des fumeurs.

Afin d'éviter tout accident ou tout incendie, sont interdits:

- les appareils chauffants à combustible solide, liquide ou gazeux;
- les couvertures et coussins chauffants.

L'utilisation d'appareils électriques dans les chambres doit respecter les règles de sécurité en vigueur en la matière.

Article 5. Les mesures de contention et/ou d'isolement

La procédure relative aux mesures de contention et/ou d'isolement a pour but de garantir la sécurité des résidents qui présentent un danger pour eux-mêmes et/ou pour les autres résidents, dans le respect de leur droit fondamental à une liberté de mouvement.

La décision d'appliquer une mesure de contention et/ou d'isolement est prise par l'équipe de soins, en ce compris le médecin traitant du résident.

Cette décision indique la durée de la mesure qui ne peut excéder une semaine, les moyens utilisés ainsi que les mesures spécifiques de surveillance.

La prolongation éventuelle de la mesure est prise par l'équipe de soins, avec information au médecin traitant du résident.

Sauf cas de force majeure, la mise en œuvre de toute mesure de contention et/ou d'isolement sera précédée d'une information à la famille et/ou au représentant du résident.

La décision, comprenant les modalités de sa mise en œuvre est consignée dans le dossier individuel de soins.

Ces mentions sont signées par un infirmier et contresignées par le médecin traitant pour ce qui concerne les décisions initiales.

Article 6. L'organisation des soins

Une équipe pluridisciplinaire est chargée de la dispensation des soins et de l'aide dans les actes de la vie journalière. Cette équipe est composée au minimum de praticiens de l'art infirmier, de membres de personnel soignant et de personnel de réactivation.

Ain d'assurer le suivi des soins, un dossier individualisé est tenu pour chaque résident, pouvant être consulté à tout moment par le résident ou son représentant qui peuvent en obtenir une copie au prix coûtant.

Article 7. L'activité médicale

Les résidents ont le libre choix de leur médecin auquel il sera fait appel chaque fois que l'état de santé du résident le nécessite.

Dans le cas où le résident ou, à défaut, son représentant se trouve dans l'impossibilité d'exprimer ce choix et en l'absence de son médecin ou de son remplaçant, la personne responsable des soins fera appel à un médecin de son choix.

Tous les médecins visiteurs sont invités par la direction à s'engager à participer le plus efficacement possible à l'organisation médicale interne de l'établissement; ils auront accès à l'établissement entre et heures (matin) et entre et heures (après-midi), sauf cas d'urgence.

Les résidents sont invités à signaler à la direction toute modification dans le choix de leur médecin.

Toutes les précautions visant à assurer la prophylaxie des maladies contagieuses seront prises par le gestionnaire.

Article 8. Observations - Réclamations - Plaintes

Toutes les observations, réclamations ou plaintes des résidents, de leur représentant ou de leur famille peuvent être communiquées au directeur. Celui-ci est disponible sur rendez-vous ainsi qu'aux heures affichées à l'endroit suivant :⁶²

Des suggestions, remarques ou des plaintes peuvent être consignées par le résident, son représentant ou sa famille dans un registre mis à la disposition par l'établissement.

⁶² 4 heures/semaine minimum, réparties en 2 jours, dont au moins 1h après 18h

Le plaignant doit être informé de la suite qui a été donnée à sa plainte.

Le registre susvisé doit être présenté, une fois par trimestre, sur simple requête au Conseil des résidents

Les plaintes peuvent également être adressées à:

SERVICE PUBLIC DE WALLONIE

Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé

Direction des Aînés

Avenue Gouverneur Bovesse, 100

5100 JAMBES

Tél.: 081 / 327.312.

Monsieur/Madame le(la) Bourgmestre de⁶³

Adresse :

N° téléphone :

La Région wallonne a mis sur pied L'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, RESPECT SENIORS, 0800 30 330.

Article 9. Dispositions diverses

.....

Article 10. Dispositions finales

Les modifications au présent règlement d'ordre intérieur entreront en vigueur 30 jours après communication aux résidents et/ou à leurs représentants et après information du conseil des résidents.

Un exemplaire du présent règlement, daté et signé par le gestionnaire, est délivré contre récépissé signé valant prise de connaissance par le résident et/ou par son représentant avant la signature de la convention d'hébergement et, autant que possible, avant la date prévue pour l'admission.

Date et signature du (de la) directeur (trice)

⁶³ La commune où se situe l'établissement

Bibliographie

Livres

- Montoussé M., Renouard G., « 100 Fiches pour comprendre la sociologie » 5^{ème} édition Bréal, 07/1997, pi38,p52
- Leleu M « *Les cahiers du troisième âge : vivre en maison de repos ou ailleurs* »,Kluwer édition, 1999 p39
- Lagacé M, « L'âgisme: comprendre et changer le regard social sur le vieillissement »les presses de l'université Laval,Canada 2010,PP158-159
- Larousse « Le Petit Larousse illustré », Paris, édition Larousse, 2009, Larousse, 21p, 1067p, 1066p, 947p
- Amyot J-J.,Mollier A., « *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées* »,Paris, édition Dunod,2007
- Mallon I.,« *Vivre en maison de retraite :le dernier chez soi* »,Presse universitaire de Rennes,2004

Mémoires

- Toubeau.v, « *Représentations sociales des infirmières et infirmières chefs vis-à-vis de leur métier* »présenté en décembre 2010
- De Pryck .C, « *Rôle et souffrance du soignant :mythe ou réalité* »présenté en décembre 2010
- Coupe.M, « *La mauvaise réputation : étude des représentations sociales de la maladie mentale et de la psychiatrie en hôpital général* » présenté en juin 2011

Cours

- Vantomme P, *Sociologie de la santé*, cours donné dans le cadre du programme de la section « cadre en soins de santé », Tournai, 2008-2009 p2 p14
- Vantomme P, *Méthodologie de projet*, cours donné dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009, p2,p14
- Florin C, *Management* cours donnés dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009,

Sites internet

- [http://www.kbsfrb.be/uploadedFiles/KBSFRB/05\) Pictures, documents and external sites/09\) Publications/PUB2009_1853 LaMaisonDu21eSiecle.pdf](http://www.kbsfrb.be/uploadedFiles/KBSFRB/05) Pictures, documents and external sites/09) Publications/PUB2009_1853 LaMaisonDu21eSiecle.pdf)
- http://econosoc.be/?rub=actualite&page=dossier_age
- [http://www.thierrypaulmier.com/DURKHEIM E. \(1895/1983\), Les règles de la méthode sociologique, Paris,](http://www.thierrypaulmier.com/DURKHEIM E. (1895/1983), Les règles de la méthode sociologique, Paris,)
- <http://supercdi.free.fr/ses/regulation.htm>
- <http://www.lereservoir.eu> Soignants, patients, institution et culture. In Objectif Soins n° 52, avril 1997. Cite vue le 14.01.12
- <http://siteaide.free.fr> D.Jodelet, 1989
- <http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/SOINS/GERONTOLOGIE.pdf>
- <http://socialsante.mrw.wallonie.be/docs/51ANN1.pdf>
- <http://www.educ.be/pages/carnet/deuxiemes/agees.pdf>
- <http://www.cnrtl.fr/etymologie/geriatrie>
- <http://www.lebienvieillir.be/textes/analyse%206.pdf> site consulté le 10 mars 2011
- http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reperes_reco_projet_etablissement_anesm.pdf Repères concernant la notion de projet

Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Section : Cadres en soins de santé

Quel cadre pour le cadre ?

Le projet de vie : un outil pour le définir !



Présenté par Fontaine Claudine

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année 2011-2012

Parce qu'un projet de vie, doit être vivant...

Ces quelques pages ajoutées à notre épreuve intégrée seront en quelque sorte nos perspectives en tant que cadre pour animer et donner vie à ce dernier.

Table des matières

<i>Introduction</i>	1
<i>Management du projet de vie</i>	2
<i>1.L'étude d'opportunité</i>	3
<i>2.L'étude de faisabilité</i>	5
2.1 Le management	7
2.2 Main-d'œuvre :	8
Le cadre et la main-d'œuvre :	9
2.3 Milieu	11
Le cadre et le milieu :	11
2.4 Moyens	13
Le cadre et les moyens:	13
2.5 Matériel	14
Le cadre et le matériel :	14
<i>Conclusions:</i>	15
<i>Bibliographie :</i>	16

Introduction

Dans ce travail, qui nous l'espérons vous a été agréable à parcourir, vous aurez sans doute constaté qu'il n'y a pas de partie opérationnelle. Comme nous vous l'avons précisé dans l'introduction de ce dernier, il s'agissait plus pour nous, cadre en devenir, de comprendre pourquoi les institutions qui hébergent des personnes âgées dépendantes gardent au sein de notre société, une vision plutôt délétère.

Nous avons, au fur et à mesure de nos recherches compris d'une part que l'origine de cette représentation sociale était le fruit de l'institution elle-même mais également de ses acteurs et que la norme d'agrément qu'est « le projet de vie » restait trop souvent un document élaboré pour répondre à l'obligation légale, alors que ses ambitions visent non seulement le bien-être des résidents mais également celui des soignants. D'autre part, en tant que cadre, il nous semble que ce projet de vie ne devrait pas rester un outil exclusivement réservé aux institutions pour personnes âgées car, que nous exerçons en intra ou extra hospitalier, notre mission est semblable : la satisfaction du client et du travailleur. Adroitement managé, ce projet de vie pourrait être un outil au service de la qualité de vie de tous patients, mais aussi un outil de motivation pour les équipes soignantes.

Cette constatation faite, nous nous sommes interrogés sur la manière dont nous pourrions rendre ce projet de vie opérationnel afin qu'il atteigne concrètement les objectifs poursuivis. Nous sommes restés dans notre champ de recherche pour illustrer cette partie car le contenu de notre épreuve intégrée nous aidera à argumenter certains points de son développement.

Management du projet de vie

Notre épreuve intégrée a souligné à plusieurs reprises que le projet de vie, en l'état actuel, ressemble plus souvent à une déclaration d'intentions plutôt qu'à une réalité appliquée sur le terrain. Par ailleurs, au travers de ce dernier, nous avons tenté d'en expliquer les différentes raisons. Souvenons-nous que pour la hiérarchie, la mise en application du projet de vie demandera de passer d'une organisation verticale avec une culture de l'autorité vers une organisation transversale et un partage des responsabilités. En ce qui concerne les pouvoirs publics, ils semblent se satisfaire de la manière dont ces établissements répondent à cette norme légale. Et les soignants quant à eux, si ils en connaissent les objectifs, rien ne les invite vraiment à l'appliquer et la peur d'une charge supplémentaire de travail pourrait même les en dissuader.

Convaincue, après notre recherche, que ce projet de vie pourrait être un formidable outil permettant aux résidents de garder un sens à leur vie mais aussi de donner un souffle nouveau à l'accompagnement professionnel de nos soignants. Il nous reste à convaincre nos responsables d'établissement de revoir leur politique en matière d'application de cette norme légale. Ce sera ici un projet en tant que cadre.

Comment allons-nous procéder ?

La terminologie de projet renvoie à l'idée d'intention, ce qui implique la notion de faisabilité¹. Mais avant de nous lancer dans cette étude, il nous faut au préalable nous assurer que ce projet répond aux objectifs généraux de l'organisation. En d'autres termes, l'étude d'opportunité.

¹ Vantomme P, *Méthodologie de projet*, cours donné dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009

1. L'étude d'opportunité

Nous considèrerons que notre épreuve intégrée est l'étude d'opportunité de la mise en application du projet de vie. En effet notre recherche nous a permis de mettre en avant les arguments en sa faveur.

En effet, le projet de vie est une obligation légale à laquelle l'institution répond mais encore une fois uniquement de manière théorique. Pourtant, vu l'ambition qu'il poursuit, une application pratique pourrait être bénéfique pour l'institution.

Pourquoi ?

Nous commencerons ici par les soignants. Un des enjeux du projet de vie est de donner un sens et une identité aux soins qu'ils dispensent.

Permettre aux soignants de porter les valeurs qu'ils défendent au travers de leur accompagnement réveillerait sans doute les motivations pour lesquelles ils ont choisi de travailler auprès des personnes âgées dépendantes. Vouloir aider un résident à atteindre les objectifs de son projet de vie oblige toutes les disciplines à travailler dans la même direction pour atteindre le même but. Chacun recherchera, non plus une reconnaissance personnelle, mais celle du travail de l'équipe interdisciplinaire. Tout ceci pouvant faire naître un sentiment d'appartenance, un esprit d'équipe et in fine, donner leur propre identité aux soins qu'ils portent aux résidents.

Pour nos résidents, cette nouvelle politique leur permettra sans doute de se sentir à nouveau acteur de leur destin. Encadrés par des soignants non plus uniquement à l'écoute de leurs pathologies, mais également de leurs objectifs de vie. Continuer à se sentir acteur malgré leur dépendance peut avoir une influence sur leur santé physique et psychique.

Si nous avons vu que nos institutions pour personnes âgées ne sont pas concernées par la problématique de la concurrence, nous pourrions nous dire : « *est-ce vraiment nécessaire de faire bouger les choses ?* » Car il existe un risque de mettre l'organisation en danger en changeant le mode de prise en charge actuelle.

Après notre recherche, nous sommes intimement convaincus que oui. D'une part pour l'image que nous renvoyons à la société. Si nous donnons une image positive de la vie des aînés au sein de ces établissements, le sentiment de culpabilité omniprésent des familles lors de l'entrée de leur parent, sera probablement atténué et avec celui-ci tous les problèmes qu'il peut engendrer². Encore une fois, cela sera bénéfique pour le résident et pour le soignant qui se sentira reconnu par la famille et à travers elle, par la société. D'autre part, si l'application du projet de vie est un succès, cela renverra une image positive de l'institution ce qui devrait donner l'envie à la personne âgée ou à sa famille de diriger son choix d'entrée vers cette dernière. Ce qui pourrait créer l'opportunité d'augmenter la capacité d'hébergement dès que la possibilité lui sera offerte. Un autre aspect non négligeable est celui du recrutement du personnel infirmier. Si le lieu de travail apparaît agréable aux yeux des stagiaires, leur envie d'y postuler sera plus grande. Dans une période de pénurie comme celle que nous connaissons, voilà un argument que nous ne pouvons mettre de côté.

Ce travail prend sa genèse dans notre questionnement sur les représentations sociales négatives dominantes des institutions pour personnes âgées et le projet de vie nous est apparu comme une solution. La mise en application d'un tel projet, nous l'avons vu, ne peut se faire sans la participation des différents protagonistes. Nous sommes donc partis du postula que le projet de vie et les besoins auxquels ils souhaitent répondre, sont ceux des résidents et des soignants. Autrement dit, un besoin de sens et d'identité pour tous les deux.

Si notre étude d'opportunité est recevable, une autre étude intéressera sans doute nos responsables pour accepter la mise en application du projet de vie, cette dernière est l'étude de faisabilité.

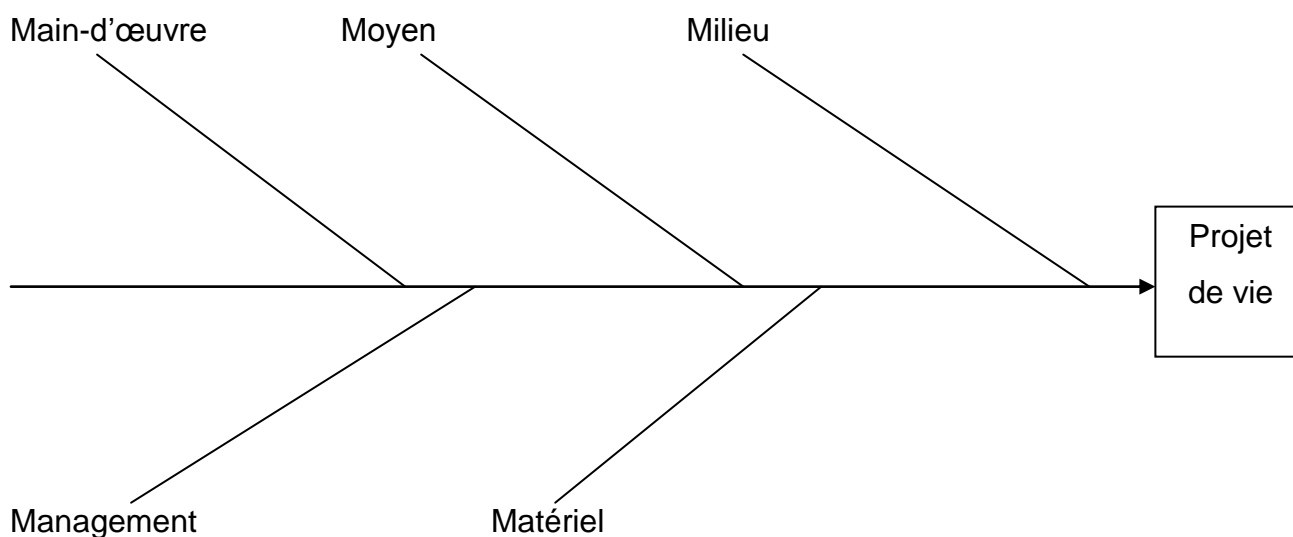
² Page 48 de notre épreuve intégrée

2. L'étude de faisabilité

Le but de cette étude est d'analyser les possibilités de mise en œuvre du projet selon différents paramètres, économiques, organisationnels,...

Le projet de vie institutionnel a pour ambition, faut-il le rappeler, le bien-être collectif et individuel des résidents mais également l'éveil et le maintien de la motivation du personnel en redonnant un sens et une identité à leurs soins. Nous tenterons ici d'être le plus objectif possible en mettant en lumière ce qui est possible de faire pour rendre ce projet de vie opérationnel. Nous avons vu que le projet de vie institutionnel peut être considéré comme un macro-projet pouvant donner naissance à une multitude de projets collectifs et individuels visant le bien être et la qualité de vie des résidents.

Pour les soignants, c'est à l'aide du projet de soins qu'ils répondront aux objectifs du projet de vie de l'institution et des résidents. De leur accompagnement dépendra le succès de ce dernier. Pour tenter de trouver des pistes qui permettront de rendre ce projet de vie opérationnel, nous avons choisi d'utiliser un outil de résolution de problèmes : le diagramme d'Ishikawa qui est un outil graphique servant à comprendre les causes d'un défaut de qualité. Il sert à analyser le rapport existant entre un problème ou un état désiré et toutes les causes possibles de ce dernier ou les raisons pour lesquelles un événement ne se produit pas comme nous le souhaiterions. En l'occurrence ici, le projet de vie. Cet outil propose cinq facteurs de causes principales pouvant se subdiviser en causes secondaires.



Notre difficulté sera ici de nous limiter à énoncer les causes et proposer des projets. Car toute cette démarche doit se faire en collaboration avec tous les acteurs du projet de vie.

Nous développerons la main-d'œuvre, le milieu, les moyens et le matériel. Le cinquième "M" qui est le management, sera abordé en premier lieu, puis chacune des catégories du diagramme d'Ichikawa suivront. Car en effet, en tant que cadre, le management de notre organisation est la première de nos missions. Manager veut dire la manière dont nous allons conduire l'organisation. C'est en quelque sorte notre savoir-faire en tant que leader de nos équipes soignantes.

2.1 Le management

Nous avons vu que l'organisation de nos institutions pour personnes âgées est bien souvent de type bureaucratique. Le management correspondant le plus à ce type de situation est plutôt directif, fondé sur la hiérarchie, la définition de fonction, l'ordre et la conformité. En d'autres mots, il est fondé sur la culture de l'autorité.

La mise en application du projet de vie, nous l'avons vu, demande un tout autre management. Le management par projet ressemble au management participatif avec la différence que ce dernier porte l'accent sur la mobilisation autour d'une mission et donc sur la responsabilité. Il encourage l'autonomie et la motivation dans un cadre donné. Il est mobilisateur et porteur de collaboration.³

Dans le développement de l'outil, nous allons essayer de vous exposer les différents arguments qui expliquent la persistance des représentations sociales négatives et ce pour chaque catégorie du diagramme. Parallèlement, nous vous proposerons des projets susceptibles de changer la situation. Ceux-ci pourront être à visées individuelles ou collectives, pour les soignants ou les patients mais ces derniers seront tous au service de ce macro projet, qui est le projet de vie de l'institution.

Chacun de ces projets sera développé de manière succincte car pour qu'un projet puisse aboutir et nous l'avons, à plusieurs reprises souligné la participation et l'implication de tous les protagonistes concernés sont indispensables.

³ Florin C, « *Démarche de mise en place d'une offre de soins* » cours donné dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009, P47

2.2 Main-d'œuvre :

Les soignants :

Nous entendrons par ceux-ci, tous les professionnels de la santé qui accompagnent les résidents.

✓ Le travail est encore trop souvent morcelé, comme nous l'avons vu dans notre épreuve intégrée ;c'est une organisation de type taylorienne qui peut apporter de la démotivation par ces actes répétitifs.

✓ Manque de collaboration interdisciplinaire. Chacun se concentrant sur les besoins auxquels ses compétences peuvent répondre sans analyser plus profondément la demande. Sans doute par besoin de reconnaissance mais également provoqué par ce type d'organisation.

✓ Intérêt prépondérant pour l'aspect biomédical. Les objectifs poursuivis par ce dernier confrontent le plus souvent les soignants à l'insatisfaction du résultat. Le côté psychosocial de l'accompagnement est encore trop souvent délaissé.

✓ Les jeunes diplômés sont peu nombreux à vouloir pratiquer dans ces institutions.

✓ Les représentations sociales plutôt négatives n'aident pas les soignants à continuer à croire en l'importance de leurs missions.

Les résidents :

✓ Sont maintenus voire renforcés dans leur situation de dépendance.

✓ Sont peu ou pas impliqués dans les prises de décision qui les concernent que ce soit pour les activités de la vie quotidienne, leur santé ou encore leur patrimoine. Ce qui réduit encore, par la force des choses, considérablement leur autonomie.

Les familles :

✓ Un sentiment de culpabilité avec comme conséquence, une attitude suspicieuse envers les services dispensés par le personnel ou une réduction de la fréquence des visites.

✓ Les contacts famille /soignant sont régulièrement conflictuels car, d'une part la famille a le sentiment d'abandonner son parent et souhaite par sa présence envahissante démontrer le contraire.Tandis que de leur côté, les soignants le vivent comme un manque de confiance en leurs compétences.

La hiérarchie :

✓ Par son organisation bureaucratique, elle ne laisse que très peu de marge de liberté au cadre et à l'organisation.

✓ En ce qui concerne les résidents et leurs familles, elle est le plus souvent présente lors des premiers contacts avec la famille, au moment de l'inscription. Les rencontres suivantes ont le plus souvent lieu lorsque qu'un problème survient.

Le cadre et la main-d'œuvre :

Nous avons vu que le projet de vie est un outil qui a pour objectif de rendre du sens et de l'identité aux soins dispensés, en donnant du sens à la vie des résidents en institution. Avec l'évolution de la médecine, les soins infirmiers se sont centrés sur l'aspect biomédical transformant l'art de prendre soin en l'art de faire des soins. Notre épreuve intégrée a plusieurs fois souligné que le soignant en maison de repos et de soins ne croit plus à l'importance de ses soins. Pour que nos soignants puissent répondre au projet de vie des soignés, il est impératif que leurs soins aillent dans la même direction. A l'aide d'un projet de soins, nous pourrions définir cette direction.

Projet de soins :

La première étape, nous l'avons vu, sera de définir avec l'équipe interdisciplinaire les objectifs de notre projet de soins. Pour cela, il semble que revoir notre modèle conceptuel serait une première étape. Choisir un modèle conceptuel qui correspond à l'accompagnement que l'on souhaite donner à nos aînés sera indispensable. Le définir permettra de prendre conscience du rôle propre de l'infirmière et nous servira dans notre prise en charge interdisciplinaire. Il existe différents modèles conceptuels, le choisir, le comprendre et le mettre en application demandera sans aucun doute une formation un suivi et une évaluation.

Projet de collaboration soigné, soignant, famille :

Entreprendre un travail de collaboration avec ce triangle stratégique permettrait d'évincer bon nombre de conflits. Ceci ne pouvant qu'être bénéfique à l'accompagnement du soigné. Une communication claire et cohérente sur les objectifs poursuivis, sur les moyens, les limites, les solutions envisageables... pourrait avoir comme conséquence la naissance d'un partenariat.

Nous voyons ici encore plusieurs projets :

Une collaboration lors de l'accueil, lors des activités au sein de l'établissement ou lors de sortie,...

Projet de partenariat avec les institutions pédagogiques :

Suivant le modèle conceptuel choisi, inviter l'école à prendre connaissance de notre démarche en soins. Cela nous sera bénéfique et sera également bénéfique pour l'apprentissage des étudiants qui devront s'adapter. Cela leur donnera aussi une autre approche des soins et peut-être éveillera chez eux un intérêt pour ces institutions.

2.3 Milieu

- ✓ Chambre standard avec un mobilier similaire, décor identique.
- ✓ L'aménagement est souvent règlementé pour des questions de sécurité qui peuvent parfois être négociées.
- ✓ L'atmosphère générale de l'institution n'est pas toujours des plus accueillantes.
- ✓ Une politique d'ouverture de l'établissement avec l'extérieur inexistante.

Le cadre et le milieu :

Projet de personnalisation des lieux.

Ce projet demandera la participation de tous les intervenants de manière à prendre connaissance des besoins, des possibilités matérielles et financières mais également des impératifs en matière de sécurité. Ce type de projet au service du collectif comme de l'individuel, doit rester réalisable ; aussi le rôle du cadre sera d'être clair et d'être attentif à ce que chacun ait compris les limites de ce projet.

Projet d'ouverture de l'établissement vers l'extérieur.

Celui-ci aurait l'ambition de répondre à plusieurs objectifs. Faire entrer la société au sein de nos établissements en offrant aux personnes qui n'ont aucune raison d'y venir de se faire une idée de ce qui s'y passe. Ensuite, permettre au résident de garder un contact avec l'extérieur et de se sentir socialement actifs. Enfin apporter aux soignants une image différente et plus valorisante de leur lieu de travail.

Voyons comment nous pourrions imaginer cela. Les établissements ne sont pas toujours à proximité des différents services publics tels que la poste, l'administration communale et autres commerces. Autre exemple, lors d'élection politique, pas ou peu de bureaux de votes sont organisés au sein d'une maison de repos. Permettre aux résidents de gérer leur correspondance, de pouvoir se rendre dans un commerce et de remplir leurs responsabilités civiles, est un projet ambitieux, mais pas impossible.

Comment mettre un tel projet en application ?

Encore une fois le rôle de négociateur du cadre ici sera plus qu'important. Car il faudra démontrer que ce projet apportera non seulement un plus pour les résidents mais également pour l'établissement et le personnel. Alors pratiquement comment pourrions-nous faire. Prenons l'exemple des élections, ne serait-il pas envisageable d'organiser un bureau de vote au sein de l'établissement ?

D'une part, cela permettrait aux résidents qui le souhaitent de remplir leur devoir civique et pour le personnel, cela serait pour certain une facilité. D'autre part, cela donnerait l'occasion aux personnes du quartier de pénétrer au sein de l'établissement, d'y rencontrer et d'échanger avec ses habitants.

Autre éventualité, certains établissements accueillent d'autres activités dans leurs murs. Aussi favoriser les commerces et services de proximité donneraient aux personnels et aux résidents quelques facilitées, nous pensons ici au coiffeur, et pour le personnel à une crèche.

Ceci sont tout des exemples auxquels d'autres pourront venir se greffer. Tout n'est évidemment pas réalisable mais y réfléchir ouvre déjà une porte vers l'extérieur.

2.4 Moyens

- ✓ Les moyens alloués aux services sont le plus souvent repartis par la direction.
- ✓ Les maisons de repos et de soins sont en partie financées suivant l'échelle de Katz, évaluant la dépendance de la personne âgée et non en fonction de la charge de travail.

Le cadre et les moyens:

Projet de gestion des moyens

C'est ici le rôle du cadre. Nous savons que pour que des projets aboutissent, ils ont bien souvent besoin de moyens financiers. Etablir un planning des projets annuels, avec une estimation des budgets nécessaires, permettrait l'organisation des différents projets envisagés. Ainsi, faire coïncider les moyens aux besoins, éviterait de commencer des projets qui, faute de moyens, seraient abandonnés. Ce projet met en application tous les aspects du rôle décisionnel du cadre car par ces différents projets, il souhaite améliorer la structure, tout en négociant et en gérant les ressources.

Projet d'élaboration d'une échelle d'évaluation de la charge de travail

Pour qu'un projet atteigne son objectif, il faut des moyens financiers mais également un effectif suffisant. Aussi, une répartition du personnel proportionnelle à la charge de travail permettra également la mise en application de projets. En effet, proposer un projet ou demander à une équipe d'améliorer l'accompagnement des patients quand le manque de personnel se fait déjà sentir, peut vouer le projet à l'échec avant même de l'entreprendre. Celui-ci sera ressenti comme une charge supplémentaire et ne motivera pas le personnel à vouloir atteindre ses objectifs.

2.5 Matériel

- ✓ Les tenues du personnel sont souvent semblables à celui du personnel hospitalier et accentue cette impression d'être à l'hôpital.
- ✓ Le matériel spécifique présent pour les différentes disciplines ne correspond pas toujours au réel besoin. Ce qui se traduit par des achats superflus et des manques regrettables.

Le cadre et le matériel :

Projet d'identification professionnelle :

Permettre au personnel de modifier leurs tenues professionnelles peut également apporter un élément supplémentaire permettant de renforcer le sentiment d'appartenance et apporter une identité aux soins prodigués. Tout ceci évidemment ne pourra se faire sans l'accord de la hiérarchie et une fois encore, le rôle de négociation et d'argumentation en faveur de ce projet relève des compétences du cadre.

Projet de gestion de l'acquisition du matériel :

Pour rendre le projet de soins plus efficace, il est nécessaire que l'acquisition du matériel se fasse en collaboration avec toutes les disciplines afin qu'ensemble, nous puissions définir les priorités. Travaillant en interdisciplinarité et négociant ensemble, tout le monde pourra comprendre pourquoi telle discipline reçoit une réponse positive avant une autre. Les compétences en matière de conduite de réunion et la communication du cadre seront ici indispensables.

Conclusions:

Nous avons essayé dans cette partie de trouver des pistes pour rendre ce projet de vie opérationnel. Vouloir en quelques pages répondre à une telle ambition n'est pas réaliste mais elle a le mérite d'ouvrir des pistes.

Nous vous l'avons précisé précédemment, cette application s'adresse aux institutions pour personnes âgées dépendantes. Mais si nous prenons un peu de recul, ce projet de vie peut s'appliquer à d'autres institutions.

En effet, les institutions de soins sont devenues des entreprises de soins où la notion de projet est omniprésente. Souvent, nous y retrouvons la notion de projet qualité qui s'intéresse aux différents services rendus. Le projet de vie, quant à lui, a pour préoccupation première la qualité de vie des personnes soignées avec la particularité de s'intéresser également aux personnes soignantes. Aussi, il nous semble que ce projet de vie pourrait être un outil au service du projet qualité. Nous l'avons vu, appliquer ce type de projet apporte aux soignants, sens et identité à leur travail, avec un management qui leur procure autonomie et partage des responsabilités. Ceci ne pouvant que motiver le soignant à atteindre le but visé par l'organisation.

Bibliographie :

Cours

- Vantomme P, « *Méthodologie de projet* » cours donnés dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009
- Florin C, « *Démarche de mise en place d'une offre de soins* » cours donné dans le cadre du programme de la section « Cadres en soins de santé », Tournai, 2008-2009, P47