

Les infirmiers (es) référents (es)

En EHPAD : Une opportunité **révolutionnaire**

La loi du 02 janvier 2002 impose aux structures gériatriques médicalisées la présence **d'infirmiers référents** dont la mission principale consiste à manager les équipes soignantes afin que chaque résident accueilli puisse bénéficier d'un accompagnement individualisé qualitatif. Ces professionnels sont ainsi positionnés au centre d'un dispositif de coordination et de relations dans lequel évoluent les équipes, la Direction de l'établissement, les médecins traitants et coordonnateurs, les services généraux et administratifs mais aussi et surtout les familles et les personnes âgées hébergées.

Pour nombre de ces infirmiers référents, ce métier nouveau et en construction, exige des nouvelles compétences, l'acquisition de méthodes managériales, d'une culture gérontologique et politique pour mettre en œuvre des projets cohérents et porteurs de valeurs de respect de la dignité, de la personnalité propre, de la liberté et de la citoyenneté des personnes.

Si ces valeurs sont inscrites dans la plupart des projets de vie des EHPAD, il faut toutefois constater qu'il y a nombres d'obstacles à surmonter pour que celles-ci soient partagées par l'ensemble des intervenants mais aussi respectées individuellement et collectivement dans les pratiques d'accompagnement des personnes âgées, au quotidien :

Le faible niveau de formation gérontologique des personnels des maisons de retraite : Ceux-ci ont pour la plupart, suivis des cursus de formation généralistes qui ne les ont pas préparé aux plans intellectuels, techniques et relationnels à accompagner et soigner(à prendre soin) de personnes dont la moyenne d'âge se situe aux alentours de quatre-vingt-huit ans ! Il est à ce propos intéressant de constater qu'aucun professionnel de la petite enfance ne peut exercer un métier en lien avec des enfants sans formation spécifique tandis qu'en gériatrie nombre d'agents se voient confier des postes sans aucune formation préalable...

La prédominance des soins infirmiers et de nursing dans les processus de suivi et d'accompagnement des personnes, liée à la culture du soin hygiéniste, culture du « faire » qui néglige l'importance de « l'être ». Dans nombre de services gériatriques, l'analyse des besoins de conservation et de sécurité physique sont prédominants et les réponses qui y sont apportées sont généralement optimales. Mais qu'en est-il des besoins de sécurisation intime, des besoins d'appartenance, des besoins de reconnaissance et de réalisation, ressentis par chaque être humain quelque soient son âge, sa culture et ses handicaps ?

La difficulté des intervenants à communiquer avec les personnes âgées et masquée par le sempiternel prétexte du manque de temps à établir des relations riches et authentiques avec ceux qui souffrent de solitude et d'isolement dans des contextes où le collectif est pourtant présent et parfois pesant. Tous les soignants en gériatrie évoquent leur souffrance vis-à-vis de ces états de fait ; Des formes d'impuissance qui conduisent certains à des états *d'usure professionnelle*. L'excuse du manque de temps et de personnel (même si c'est effectivement le cas dans de nombreuses structures) est l'arbre qui cache la forêt ; Ainsi lorsqu'un responsable d'établissement met en place des plages d'intervention réservées à des temps de relation et de communication hors des temps de soins techniques, les agents s'avouent généralement démunis...

La pression exercée sur les animateurs ; Car on attend que ceux-ci compensent les carences des institutions et des soignants en matière de relations et de communication à offrir aux résidents. Mais un seul animateur peut-il répondre aux attentes et aux besoins de quatre-vingt personnes ? D'autant que celui-ci ne dispose parfois que de sa bonne volonté, de son bon sens et de son bon cœur pour proposer des activités valorisant l'image de l'établissement et destinées à un noyau de personnes valides et lucides qui pourraient souvent « s'animer » seules.... Par ailleurs les personnes exerçant ces fonctions sont rarement intégrées aux temps d'élaborations des démarches de soins et subissent parfois la vindicte de leurs collègues ; Ceux-ci les considérant souvent avec mépris, les accusant de « se la couler douce »....

Il y aujourd'hui dans les EHPAD, **une révolution à entreprendre** comparable à celle que vécut la sphère de la pédiatrie et de la petite enfance lorsque l'enfant fut enfin considéré par nos sociétés occidentales en tant que personne à part entière. Un être ayant autant besoin d'affection, de stimulation, de considération, de relation que de changes propres et de nourriture équilibrée correspondant à ses besoins et ses goûts. Nos résidents de maisons de retraite sont bien nourris, bien logés, bien blanchis, bien « nursés ». Mais il nous faut désormais intégrer dans les pratiques au quotidien, cette évidence : ***la personne âgée est une personne !***

Offrir à chaque résident un accompagnement de qualité c'est prendre en compte la dimension humaine de chaque être : Ses besoins d'affection, de considération, de communication... En mettant en œuvre des démarches, des stratégies individuelles de soins relationnels et communicationnels. Celles-ci doivent s'élaborer avec rigueur, se **formaliser** en respectant un processus analogue à celui mis en œuvre au niveau des soins de nursing.

Mais avant d'inventorier la construction de ces démarches, il est important de préciser que tous les résidents ne nécessitent pas la mise en œuvre de soins relationnels ; De la même manière que seules certaines personnes doivent bénéficier des régimes alimentaires spécifiques ou de préventions d'escarres.... Ce constat implique qu'il est nécessaire de se doter au préalable d'outils d'identification des risques de syndromes de glissement, de dépression, de détérioration psychiques encourus par chaque résident avant de construire des projets de soins relationnels et en respectant plusieurs étapes :

- ✓ **Etape de recueil de données :** Questionner – observer – Repérer les « pertes » subies par la personne avant son entrée en établissement mais aussi du fait de son entrée – Repérer les besoins en matière de sécurité intime – d'appartenance au sein de la structure mais aussi familiales, sociales... Les besoins de reconnaissance – de réalisation
- ✓ **Etape de diagnostic :** La personne encourt-elle un risque de dépression ? D'isolement ? De perte d'autonomie ? De suicide ?
- ✓ **Etape d'élaboration d'actions à mettre en œuvre,** de modalités de réponses à proposer : Comment avec les moyens humains, organisationnels, structurels, répondre aux besoins et aux attentes de la personne ?
- ✓ **Etape d'organisation** du ou des soins relationnels et communicationnels à dispenser : Qui va proposer ces soins ? Quand ? Comment ? Avec quels moyens ?

- ✓ **Etape de réalisation** du ou des soins : Ceux-ci peuvent être proposés dans des contextes individuels ou collectifs. Ils sont la résultante d'une réflexion en équipe, d'une coordination et d'une organisation définies à partir d'objectifs de soins formalisés
- ✓ **Etape d'évaluation** : Chacun de ces soins doit faire l'objet d'une évaluation effectuée par l'intervenant directement concerné mais aussi par les membres de l'équipe dans les démarches de réajustement de prise en charge globale concernant les résidents.

Comme tout projet digne de ce nom ces stratégies de soins relationnels doivent tenir compte :

- Des **valeurs** inscrites dans la loi du 02 janvier 2002 et des valeurs du projet de vie de l'établissement
- Des **objectifs** d'accompagnement définis dans les démarches de soins individualisées
- Des **moyens** humains, techniques, organisationnels et structurels de la structure
- De la **motivation** des acteurs de ces projets

Mais la réussite, la qualité de ces projets dépendent également de deux autres facteurs à prendre en compte :

- **La formation** : Les intervenants doivent être formés spécifiquement à la communication avec les adultes âgés afin de tordre le cou aux idées fausses, aux fausses croyances (« la personne a « perdu la tête » et on ne peut plus communiquer avec elle... » – « Cette dame est caractérielle » ...) et d'acquérir une culture de la relation à intégrer au niveau de la pratique des soins techniques.
- Des **outils** spécifiques qui peu à peu émergent et constituent des supports attractifs pour les intervenants mais aussi les personnes âgées. Il faut noter que les avancées actuelles des neurosciences apportent des éléments de compréhension sur les capacités cognitives des individus, permettant ainsi de mieux comprendre la psychologie de ceux-ci mais aussi d'agir pour que les fonctions intellectuelles, émotives et psychiques soient conservées ou restaurées.

Ces projets doivent par ailleurs être conduits, impulsés, organisés, évalués et nécessitent un management spécifique dans lesquels les nouveaux infirmiers référents doivent s'impliquer.

Il y a là un défi à relever pour ces professionnels mais aussi pour toute la sphère gériatrique. Une révolution à opérer pour qu'enfin les personnes âgées soient accompagnées dans le respect de leur condition humaine ; Pour que les intervenants retrouvent le sens initial de leur implication dans un secteur où tous recherchent à recevoir et à donner ce supplément d'âme qui s'est perdu dans des modes d'organisation tayloriste des soins dans lesquels les personnes âgées ont été « objétiées » en tenant trop peu compte de leur statut de sujet.

Il nous faut donc saluer l'arrivée de ces nouvelles fonctions d'infirmiers référents ; Leur souhaiter de pouvoir s'impliquer à plein temps dans leurs nouvelles missions pour valoriser l'implication de leurs équipes et offrir aux personnes âgées qu'ils accompagnent la possibilité de continuer leur route sereines et autonomes. Grâce à eux la révolution gériatrique est en route et **Vive la révolution !**

Martine PERRON

30 avril 2009