

LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISE DE LA PERSONNE EN EHPAD

OU UN MEDiateur DE L'ACTIVITE DE RELATION

« C'EST PLUS FACILE A DIRE QU'A FAIRE... »

©Aurélien Furlan (2009). En ligne sur detour.unice.fr
Master 2 de psychologie clinique et g erontologique

Résumé :

Mon propos se déclinera en deux étapes. Tout d'abord, je poserai un regard descriptif et critique sur ce qu'est actuellement un projet de vie individualisé de la personne dans les EHPAD. Dans un second temps, je tenterai de donner une autre envergure au projet de vie individualisé en élaborant une réflexion à l'aide des concepts de la théorie du détour.

Plan :

A/ D'un choix à l'émergence d'une réflexion dans le champ de ma pratique

B/ Qu'est-ce qu'un projet de vie individualisé d'une personne en EHPAD

- B1. Revue littéraire du projet de vie individualisé
- B2. Les points forts et les points critiquables du projet de vie individualisé
B2.1 : Les points forts
B2.2 : Les points critiquables

C/ Le projet de vie individualisé au regard de la théorie du détour

- C1. Les personnes soignantes et le projet de vie individualisé
C1.1 : le contexte et les enjeux adaptatifs de la personne soignante
C1.2 : Les apports du projet de vie individualisé dans le travail d'appropriation du milieu
C1.3 : Difficultés d'application du projet de vie individualisé
- C2. Les personnes résidentes et le projet de vie individualisé
C2.1 : le contexte et les enjeux adaptatifs de la personne résidente
C2.2 : Les apports du projet de vie individualisé dans le travail d'appropriation du milieu
C2.3 : Difficultés d'application du projet de vie individualisé
- C3. L'institution et le projet de vie individualisé
C3.1 : le contexte et les enjeux adaptatifs de l'institution
C3.2 : Les apports du projet de vie individualisé dans le travail d'appropriation du milieu
C3.3 : Difficultés d'application du projet de vie individualisé

D/ Conclusion

A. D'un choix à l'émergence d'une réflexion sur un champ de ma pratique

Pour ma thématique, mon choix oscillait entre le projet de vie individualisé de la personne en EHPAD et l'approche Snoezelen. Le projet de vie individualisé parce que d'une part c'est un support qui me questionne depuis mon premier stage en EHPAD, et d'autre part parce que j'ai pu opérationnaliser celui-ci dans mon précédent stage. Quand au Snoezelen, c'est une approche qui à la suite d'une formation m'a inspiré certaines intuitions et congruences en lien avec le détour. Des intuitions qui me semble-t-il seraient intéressantes à développer. Ces thématiques sont toutes deux vecteurs d'une réflexion avec les concepts de la théorie du détour. Cependant pour ce rapport de stage, je fais le choix de m'étendre sur le sujet du projet individualisé de la personne en EHPAD. Ceci pour inscrire cette partie dans la continuité des objectifs de mon rapport de stage qui sont : la réflexion sur ma fonction de psychologue et la réflexion sur la dimension institutionnelle.

L'idée que je vais défendre et développer ici, c'est que le projet de vie individualisé de la personne en EHPAD est bien plus qu'un simple support ou modalité technique imposé par la DDASS. Pour ma part, je fais l'hypothèse que le projet de vie individualisé est un outil. Autrement dit, un support susceptible d'être investi par le psychologue pour en faire un outil de sa clinique institutionnelle.

Mon propos se déclinera en deux étapes. Tout d'abord, je poserai un regard descriptif et critique sur ce qu'est actuellement un projet de vie individualisé de la personne dans les EHPAD. Dans un second temps, je tenterai de donner une autre envergure au projet de vie individualisé en élaborant une réflexion à l'aide des concepts de la théorie du détour.

B. Qu'est-ce qu'un projet individualisé de la personne en EHPAD ?

B1/ revue littéraire du projet de vie individualisé

Le point de départ de ma réflexion est tout simplement les rares littératures disponibles sur le sujet. Dans ces ouvrages, je distingue trois aspects du projet de vie individualisé. Ces trois aspects sont l'axe : législatif, idéologique et technique.

L'aspect législatif concerne les textes qui décrivent et décortiquent le cadre des lois dans lequel s'inscrit le projet de vie individualisé. A un niveau général, cela concerne le texte de janvier 2002 sur la loi de rénovation de l'action social et médico-social. Plus spécifiquement, on trouve aussi les textes qui attraient à la convention tripartite ou la charte des droits de la personne âgée. Il y a aussi les mesures gouvernementales comme *le plan Alzheimer(2008)* ou *le développement de la bientraitance (2007)* qui sont en congruences avec la visée éthique du projet de vie individualisé.

L'aspect idéologique concerne les textes qui définissent la conception et les valeurs de l'action auprès des personnes âgées institutionnalisées. Ils explorent et revendiquent la dimension humaine de l'accompagnement médico-social. Cette part dite *d'humanité* comme le veut la mode actuelle, s'attache à remettre au premier plan des modalités de l'accompagnement (comme le projet de vie individualisé), le respect et la dignité de la personne en situation de dépendance.

Autrement dit, il s'agit de textes qui considèrent le degré de particularité et de spécificité propres à la personne dans un accompagnement trop souvent systématisé.

L'aspect technique concerne les textes qui se veulent les plus proches du concret. Ils énoncent et apportent deux types d'informations dans la mise en place du projet de vie individualisé. Tout d'abord, il s'agit d'une information logistique. C'est-à-dire des informations qui rendent compte des difficultés et obstacles qui peuvent être rencontrés lorsque s'élabore et se met en place le projet de vie individualisé. Ensuite, il s'agit d'une information qui propose des canevas et supports susceptibles de constituer le projet de vie individualisé. C'est-à-dire des listes de critères et de renseignements à relever auprès de la personne et son entourage. Des éléments qui s'inscrivent dans une démarche de considération et d'évolution relatives au cadre de l'institution.

Ainsi ces aspects m'apparaissent comme étant les trois axes présents dans la littérature et à partir desquels le projet de vie individualisé s'élabore. Du plus éloigné au plus proche, du plus abstrait au plus concret, tout projet de vie individualisé implique ces trois dimensions. A partir de cette sommaire revue littéraire, de mes observations et de mes échanges j'en déduis ce qui selon moi correspond aux points forts et aux points critiques du projet de vie individualisée de la personne.

B2/ Les points forts et les points critiquables du projet de vie individualisé

B2.1 : Les points forts

A mes yeux, le projet de vie individualisé dispose de plusieurs atouts. Tout d'abord, il permet de mettre à disposition du personnel, un support où se trouve une pluralité d'informations relatives à la personne. Il donne une représentation de la personne plus globale, moins égocentrique, moins fantasmatique, plus intersubjective. Le projet de vie individualisé permet d'apprécier la personne autrement qu'au travers de sa santé. Il rappelle et présentifie qu'un résident est avant tout une personne qui a sa propre histoire. En d'autres termes, le résident n'est pas qu'une simple enveloppe charnelle que l'on se contente d'entretenir tout en supportant le caractère : « *j'ai fait M., elle est pénible celle là, elle rôle tout le temps* ».

Ensuite, le projet de vie individualisé permet d'inscrire la personne et l'équipe pluridisciplinaire dans une temporalité commune et réciproque dans l'institution. Alors que trop souvent en raison de son âge, la personne donne le sentiment d'être à un terminus. Or, le projet de vie individualisé insuffle une temporalité auprès et autour de celle-ci. Un projet qui fait un contre-pied à l'idée *de laisser pour compte* qui émane fréquemment de l'équipe : « *de toute façon y vont mourir* ». Ainsi le projet de vie individualisé permet l'initiative d'une forme de continuité de la vie en institution qui soit plus riche, plu valorisante et plus respectueuse des personnes.

Le projet de vie individualisé est aussi un médiateur. Un médiateur qui implique la personne dans la réflexion des modalités de son accompagnement. Mais c'est aussi un médiateur qui permet à l'équipe pluridisciplinaire et à ses membres de coordonner leur pratique autour des objectifs de l'accompagnement. Ainsi, le projet de vie permet potentiellement de favoriser un travail d'appropriation de l'accompagnement pour les personnes qui se situent de part et d'autre de celui-ci : les personnes résidentes et les personnes de l'équipe pluridisciplinaire.

B2.2 : Les points critiquables

Dans le dernier paragraphe, j'ai sciemment utilisé le terme de potentialité. Car ces points forts du projet de vie individualisé restent théoriques. Ils ne sont pas systématiquement appliqués et perceptibles. En effet, le projet de vie individualisé reste trop souvent une pièce administrative à remplir. Un document qui s'oublie dans le dossier et fait à minima gage de valeur humaine pour

l'établissement aux yeux de ses évaluateurs. Un projet de vie individualisé où c'est la personne résidente qui au final est au service de l'institution, et non l'inverse.

Ce *classé sans suite* du projet de vie individualisé a plusieurs raisons. Tout d'abord, les potentialités du projet de vie sont relatives à une volonté de la direction de l'institution. C'est elle qui est garante de l'organisation et des moyens de l'accompagnement des personnes.

Ensuite, le projet de vie individualisé cherche à se réaliser trop souvent dans l'exhaustivité des informations et renseignements qu'il peut recueillir sur la personne. De cette manière, le projet tente de refléter la globalité de la personne, mais à contrario de cette façon, celui-ci à terme s'étale sur plus de quinze pages. Quinze pages qu'il faut remplir. Quinze pages qu'il faut multiplier autant de fois qu'il y a de résidents. Quinze pages que les soignants ne trouveront jamais le temps ni l'envie de lire ou consulter. Des soignants qui préféreront faire confiance à leurs observations et intuitions : « *à la longue les résidents, on les connaît par cœur* ».

Enfin, cet amas de pages à partir duquel des objectifs sont définis, pose deux problèmes latents. D'une part, la quantité compartimentée de renseignements en vient à faire oublier qu'au-delà d'une globalité d'informations se trouve une unité concrète : la personne. Par exemple, ce n'est pas parce qu'à la case loisir il est inscrit « télévision » que cela fait de la personne une accro de la TV. D'autre part, même si des objectifs sont définis, rien dans le quotidien de l'équipe pluridisciplinaire vient rappeler la mise en place et la progression du projet élaboré.

Ainsi le projet de vie individualisé d'une personne en EHPAD, c'est comme me disait une collègue récemment : « *plus facile à dire qu'à faire* ». Mais au regard de mon expérience et de ce que je viens de vous énoncer, la priorité dans l'élaboration du projet de vie m'apparaît ailleurs que dans l'exhaustivité du recueil d'informations. Je pense que lorsque l'on ambitionne de mettre en place le projet de vie dans une institution, paradoxalement il faut chercher avant tout à trouver comment faire vivre le projet de vie individualisé au sein de l'institution.

C'est là que se situe pour moi, le champ où je peux apporter un regard particulier sur le projet de vie individualisé. De ma fonction de psychologue, je peux envisager ce dernier comme une

composante qui participe aux enjeux relationnels et adaptatifs qui s'exercent au sein de l'institution : résident ← → personnel ; personnel ← → personnel ; institution ← → individus.

Ainsi, c'est une dimension supplémentaire qui émerge et permet de mettre en évidence l'aspect dynamique et relatif du projet de vie individualisé. Pour cela, je dispose d'une part des éléments de ma rencontre avec l'institution, et d'autre part des concepts théoriques du détour. Ceci me permet d'apprécier à terme le projet de vie individualisé sous l'angle d'une activité. Autrement dit, un outil clinique qui s'intègre à ma pratique individuelle et institutionnelle.

C. Le projet de vie individualisé au regard de la théorie du détour

Il peut être surprenant d'entreprendre la réflexion d'un support technique avec des concepts psychologiques. Il peut aussi apparaître chimérique de chercher à explorer, avec un seul et même paradigme, la diversité des contenus qui gravitent autour du projet de vie individualisé. Toutefois, je fais le pari qu'avec la théorie du détour, je dispose d'une grille de lecture qui me permet d'explorer la complexité de ce support, car : *« le mécanisme de différenciation/restructuration de l'activité (...) offre un modèle permettant de décrire la permanence d'un processus identique dans sa forme, quels que soient les contenus sur lesquels il s'exerce »*.

A mes yeux, ce support technique génère un système dynamique et complexe. Un système dont l'appréciation et l'analyse peut s'éclaircir avec le détour. Des éclaircissements sur le projet de vie individualisé qui œuvrent tant dans la découverte de la pluralité des contenus que celui-ci implique, que dans l'exploration de la relativité que chacun peut entretenir avec ce dernier.

Dans la précédente partie, j'ai volontairement évoqué des termes du détour comme : intersubjectivité ; réciprocité ; temporalité ; appropriation. Des termes qui me permettaient de faire entendre la présence latente de l'aspect relationnel du projet de vie individualisé. Un aspect qui érige le projet de vie individualisé au statut d'activité-lien : un médiateur de la relation.

En effet, la théorie du détour me permet de faire apparaître le projet de vie individualisé comme un médiateur susceptible d'être investi par tous. C'est-à-dire par l'institution, les

personnes du personnel et les personnes résidentes. Un trait d'union par le biais duquel chacun peut entreprendre d'élaborer, d'étayer et questionner le rapport d'intégrité qu'il exerce dans l'enceinte de l'établissement. Autrement dit, le projet de vie individualisé est un moyen qui potentiellement peut s'inscrire dans le mouvement permanent de différenciation/restructuration du rapport adaptatif que chacun construit et entretient dans l'enceinte de l'institution.

Cette dimension relationnelle du projet de vie individualisé n'est pas unidirectionnelle. Celle-ci n'est pas une affaire qui ne concerne que la personne âgée au sein de l'institution. Bien au contraire, elle est pluridirectionnelle. Ainsi, je vais à présent explorer, à l'aide des concepts du détour, le projet de vie individualisé. Ceci, afin d'entendre ce dernier sous le versant d'une activité dite d'appropriation du milieu pour chaque entité en présence. Un milieu qui constitue un lieu de profession pour les soignantes, de dernier espace de vie pour les résidents, et de condition vitale pour l'institution. Ci-dessous, je tenterai pour chacun de mettre en évidence : le contexte et les enjeux adaptatifs, les apports du projet de vie individualisé, les difficultés de son application.

C1/ Les personnes soignantes et le projet de vie individualisé

C1.1 : Le contexte et les enjeux adaptatifs de la personne soignante

L'activité des soignants est la même tous les jours. Le rythme et les tâches qu'ils réalisent sont prédéfinis et paramétrés. Cette protocolisation du quotidien favorise la construction et le renforcement d'automatismes. En plus d'être journalièrement redondante, cette organisation du travail se focalise en général prioritairement sur la dimension physiologique de la personne. Un état physique qui ne peut que décliner ou se stabiliser pour une période. Cette orientation et temporalité qui s'attachent au corporel, finit par inscrire l'activité des soignants dans un contexte où *l'autre âgé*, dans la relation de soin, est désubjectivé et en partie instrumentalisé : le soin pour le soin. Enfin, par le biais de fiche de poste ou de grille de traçabilité, le paramétrage et le chronométrage du travail influent sur le comportement des soignants. C'est-à-dire qu'ils sont amenés à favoriser ou du moins privilégier l'efficacité fonctionnelle de leur travail. Une efficacité au détriment de la réalité intersubjective et émotionnelle qu'ils rencontrent.

En d'autres termes, dans leur milieu professionnel les soignants sont appelés à un mode de participation qui privilégie l'édification d'automatismes instrumentaux. Un mode de participation où la considération de *l'autre âgé* et de sa temporalité s'institue prioritairement autour de sa dimension corporelle qui ne peut que décliner.

C'est dans ce contexte que le soignant envisage plus ou moins la construction d'un identificateur social. Un identificateur qui puisse contribuer à l'intégrité de sa continuité Identitaire. Cependant, d'une part la réalité des personnes résidentes qu'il rencontre et d'autre part les attentes d'efficacité fonctionnelles de l'institution, placent le soignant dans une situation de double contrainte. Une situation que chaque soignant aménage plus ou moins bien avec ses propres moyens et objectifs. Une situation où le processus d'appropriation du milieu et le point d'application des feed-back peuvent se révéler très vite compliqué. Des moyens qui lorsque la situation devient trop difficile peuvent aller jusqu'à la manipulation, la décharge émotionnelle, la décompensation somatique ou psychique.

C1.2 : Les apports du projet de vie individualisé dans le travail d'appropriation du milieu

Dans les circonstances des soignants, le projet de vie apparaît comme une modalité complémentaire à leur mode de participation au milieu professionnel. Il s'apparente à une unité fonctionnelle qui ouvre le travail d'appropriation à une autre facette de la profession. C'est-à-dire une facette plus relationnelle plus subjectivante.

Sur le plan formel, le projet de vie permet aux soignants d'entendre les personnes résidentes au-delà de leur état physiologique. Sur le plan dynamique, la mise en place du projet de vie individualisé ouvre à beaucoup de chose. Ceci, seulement si l'élaboration et l'application de celui-ci est pensé avec la participation systématique des soignants. C'est-à-dire, en les intégrant dans la rédaction, la définition des objectifs et le suivi du projet de vie individualisé. De cette manière, le projet de vie individualisé permet de valoriser les soignants autrement que dans leur efficacité fonctionnelle. Il permet aussi de remettre en avant dans leur processus d'appropriation les dimensions de temporalité et de relation dans leur activité professionnelle. Autrement dit, le projet de vie permet de médiatiser une altérité plus globale et potentiellement plus positive dans le va et vient de la quête de feed-back positif des soignants.

C1.3 : Difficultés d'application du projet de vie individualisé

Cependant, des difficultés d'opérationnalisation du projet de vie demeurent. Par exemple, l'on ne peut pas envisager de faire chaque projet de vie avec tous les soignants. C'est pour cela que l'idée d'instaurer le principe d'accompagnant référent avec un comité du projet de vie individualisé serait pertinent à envisager. Ce comité serait responsable de l'élaboration, du suivi et de la diffusion des projets de vie individualisés. Ce comité serait composé de : l'accompagnant référent, un cadre de soin et le psychologue. Le rôle de l'accompagnant référent consisterait à recueillir des informations sur le résident, d'observer la progression des objectifs. La seconde difficulté tient à la qualité du support technique. Sans m'étendre ici sur le sujet, il s'agit de réfléchir à l'emplacement, le contenu et la présentation du support. Ceci afin que celui-ci soit investi par chacun soignant dans sa pratique quotidienne.

C2/ Les personnes résidentes et le projet de vie individualisé

C2.1 : le contexte et les enjeux adaptatifs de la personne résidente

Lorsque la personne entre en maison de retraite, celle-ci franchit un nouveau pallier de son cycle de vie. Un pallier qu'elle pourra ou pas entreprendre. Un pallier au cours duquel, elle devra faire le deuil d'éléments externes qui jusqu'à présent participaient ou assuraient son accord au milieu. Un accord plus ou moins rompu suivant les circonstances.

La rupture adaptative que génère l'institutionnalisation n'amène pas forcément à un effort qui serait de l'ordre d'une activité intégrative, comme cela peut se produire à un âge plus jeune. Tout autrement, l'institutionnalisation peut amener la personne à une activité de résignation de sa position de sujet « *j'attends la mort* », *c'est pas la vie ça* », voir même une activité de désintégration : le suicide, le syndrome de glissement, la démence.

Globalement, l'institution est difficilement investie par les personnes âgées. L'appropriation de l'espace institutionnel reste restreint tant par les contraintes qui s'imposent à la personne (pathologie, perte de mobilité, faible ressource énergétique) que par les contraintes qu'impose l'institution (règlement intérieur, règle d'hygiène, planification de la journée).

C2.2 : Les apports du projet de vie individualisé dans le travail d'appropriation du milieu

Dans les circonstances de la personne résidente, le projet de vie individualisé peut être considéré comme la tentative d'élaborer un compromis. Un compromis qui chercherait à concilier d'une part ce qui sert d'étayage à la personne, et d'autre part les besoins et services que nécessite la réalité (sociale et physiologique) qui s'impose à la personne.

Ici aussi, l'élaboration du projet de vie individualisé nécessite la participation de la personne et de son entourage (dans la mesure du possible). Cette sollicitation à participer à l'élaboration de son projet de vie individualisé permet de signifier à la personne qu'elle est actrice de son accompagnement dans l'institution. Cette sollicitation permet aussi d'inviter et d'encourager la personne à s'approprier l'espace institutionnel.

Globalement, cette démarche auprès de la personne dans le cadre du projet de vie individualisé permet aussi d'instaurer une relation de collaboration. Ceci n'apparaît pas inutile dans un contexte qui vient trop souvent rappeler à la personne résidente qu'elle est dépendante.

L'élaboration du projet de vie individualisé permet aussi à la personne de se faire connaître et reconnaître en tant qu'individu à part entière. C'est-à-dire que le projet de vie individualisé permet de mettre en évidence que la personne résidente a sa propre histoire et ses spécificités. Autrement dit, cela permet de montrer que la personne malgré ses pathologies demeure un individu à part entière. Le projet de vie individualisé permet de médiatiser l'individuation de la personne auprès du personnel.

Tout ce travail d'appropriation et de reconnaissance autour du projet de vie individualisé a pour ambition de permettre à la personne d'exercer la continuité de sa trajectoire Identitaire. Une trajectoire dans un milieu où généralement personne ne fait le choix ou n'envisage de finir sa vie : *« je voulais mourir chez moi, mais mes enfants m'ont trahi »*.

C2.3 : Difficultés d'application du projet de vie individualisé

Je repère trois difficultés qui sont susceptibles d'être rencontrées et d'interférer dans cette pratique du projet de vie individualisé. Tout d'abord, il y a le degré de pathologie qui peut faire obstacle à la participation effective de la personne à son projet de vie individualisé.

Ensuite, il peut y avoir le cas de figure où la personne refuse tout bonnement de participer à l'élaboration de son projet de vie individualisé : « *ah quoi bon ! je vais mourir* ». En ce cas, c'est un choix qu'il faut entendre et respecter, car c'est le projet de vie qui est au service de la personne et non l'inverse. Cependant, ce type de réaction n'occulte pas le travail d'appropriation. Tout au contraire, il peut y mener mais par d'autre chemin comme un entretien clinique : « *le fait d'être ici vous fait penser à la mort ?* ».

Enfin, faire participer la personne à l'élaboration de son projet de vie individualisé ne signifie pas d'acquiescer à toutes ses requêtes. Non, le refus et le rappel des limites des possibilités de l'institution, malgré le feed-back négatif, fait parti du travail d'appropriation de l'espace. Car l'appropriation ce n'est pas seulement obtenir. C'est aussi savoir ce qui est de l'ordre de l'impossible et de l'interdit. Ceci permet d'une part de ne pas s'obstiner à croire à l'impossible et d'autre part de définir un cadre où peut pleinement se déployer l'activité adaptative.

C3/ L'institution et le projet de vie individualisé

C2.1 : le contexte et les enjeux adaptatifs de l'institution

L'institution exerce aussi une activité pour assurer son intégrité au sein du milieu social. Cette activité autour de laquelle l'institution doit se construire et se maintenir, c'est l'aide médico-social des personnes âgées dépendantes : l'activité d'EHPAD.

L'élaboration et l'objectif d'une intégrité institutionnelle autour de cette activité d'EHPAD amène l'institution à s'approprier et mettre en forme plusieurs unités fonctionnelles. Des unités qui se rattachent à une activité intégrée d'EHPAD. Je distingue principalement quatre catégories d'unités fonctionnelles : l'hébergement (espace privatif et collectif, ménages, restauration...) ; le soin (médecin, paramédicale, soin du corps et soin infirmier) ; le maintien du lien social (animation, sorties) ; l'aide à l'autonomie (toilette et aide avec soignante, psychologue) . Des unités fonctionnelles qui selon la trajectoire Institutionnelle (ses valeurs, son histoire, ses potentialités) peuvent revêtir progressivement le statut d'identificateur social pour l'Institution.

Pour assurer son intégrité en tant qu'EHPAD et autour de ses unités fonctionnelles, l'institution édifie une organisation hiérarchisée. Une organisation qui permet de planifier,

coordonner et lier les différentes unités fonctionnelles vers l'objectif adaptatif à réaliser. Toutefois, dans l'objectif qui est le sien, l'institution peut éprouver des difficultés à stabiliser son organisation et à fortiori à coordonner et mener à bien ses unités fonctionnelles.

Cette instabilité peut avoir différentes sources. Cela peut être en lien avec le niveau d'élaboration de l'institution et de la phase de sa trajectoire évolutive (centrifuge ; centripète). Cette instabilité peut aussi être en lien avec le degré de carence de l'institution. Un degré de carence qui amène l'institution à fonctionner de manière plus ou moins fluide selon une prévalence à l'intériorisé ou l'extériorité. Enfin, l'instabilité de l'institution peut venir d'une crise. Une crise qui pour l'institution peut être soit conjoncturelle (visite de la DAASS, événement particulier), soit structurelle à l'orée d'un nouveau pallier de son évolution (conventionnement, réaménagement architectural, changement d'activité).

Ainsi, l'institution apparaît comme étant quelque chose de bien plus dynamique que l'emboîtement de quatre murs et un toit. Elle est un système organisé et hiérarchisé qui s'unifie autour de ses propres valeurs et objectifs adaptatifs.

C2.2 : Les apports du projet de vie individualisé dans le travail d'appropriation du milieu

Dans les circonstances de l'institution, le projet de vie individualisé m'apparaît comme une unité fonctionnelle complémentaire. Une unité qui puisse contribuer à l'objectif adaptatif de l'institution. Il peut y contribuer en permettant de favoriser et de travailler le lien entre les différentes unités fonctionnelles qui œuvrent auprès chaque résident.

Dans cette position, le projet de vie individualisé témoigne de la coordination des différentes facettes de l'accompagnement pour chaque personne résidente. Il apparaît comme l'axe intégrateur entre d'une part les attentes et spécificités de la personne et d'autre part, les différentes unités fonctionnelles qui s'activent au sein de l'institution.

A terme, si la réflexion et l'exercice du projet de vie individualisé est en congruence avec les valeurs de l'institution, celui-ci peut alors prendre la forme d'un identificateur social pour l'institution. C'est-à-dire que l'institution par le biais du projet de vie individualisé pourra faire reconnaître son activité et être reconnu par les autres.

C2.3 : Difficultés d'application du projet de vie individualisé

Les difficultés au niveau de l'institution sont multiples. Malgré l'évidence de son importance dans l'accompagnement, le projet de vie individualisé n'apparaît pas comme une priorité pour l'institution. Tout d'abord, si la direction, garante de l'institution, ne s'approprie pas le projet de vie individualisé, l'application de celui-ci risque de rester marginale. Et c'est ainsi que des projets de vie individualisé rédigés finissent pas rester au chaud dans le dossier médical.

Toutefois, si la direction s'approprie le projet de vie individualisé. Il faut rester vigilant que la mise en place de ce dernier n'étaye pas une logique d'extériorité ou d'instrumentalisation. Une logique qui reflèterait davantage les carences et difficultés propres à l'institution.

Le projet de vie individualisé n'est pas une priorité. Ainsi, si l'institution est en crise , il apparaît inapproprié d'envisager de mettre en place le projet de vie individualisé. Il est plus juste d'attendre que l'institution recouvre une certaine sécurité de base dans son organisation avant d'inviter celle-ci à diversifier son activité. C'est une situation à laquelle j'ai été confronté dans mon stage. Une institution où au vue de l'instabilité, il apparaissait plus juste de mettre de côté temporairement l'initiative du projet de vie individualisé.

D. Conclusion

Globalement, le projet de vie individualisé m'apparaît comme une activité de relation qui permet à toute entité structurée en présence (personne, groupe, institution) d'exercer son rapport au milieu. C'est une conception du projet de vie individualisé où d'une part le support technique devient médiateur de la relation, et d'autre part sa mise en place et son application devient mouvement d'appropriation de l'activité adaptative au sein du milieu gérontologique.

Avant de clore ma thématique sur le projet de vie individualisé, je voudrais ajouter une chose. J'ai omis de parler d'une personne et d'aborder son contexte et ses enjeux adaptatifs dans le cadre du projet de vie individualisé. Cette personne présente au sein de l'institution et qui gravite autour du projet de vie individualisé, il s'agit de moi-même et plus largement du psychologue.

La fonction du psychologue au sein de l'institution revêt un statut particulier. L'efficacité de son travail ne se coche pas et n'est pas directement observable par tous. Non, l'efficacité du travail du psychologue se vit. Or, cette particularité de la profession est généralement difficilement perceptible dans la majorité des institutions. Ainsi, le psychologue doit souvent faire de petites concessions (atelier mémoire, animation) pour rassurer l'institution sur son utilité concrète.

La participation du psychologue au projet de vie individualisé peut être un bon compromis avec les attentes de l'institution. En complément, cela permet aussi au psychologue d'avoir des temps d'échanges institués avec les soignants pour rédiger le projet de vie individualisé. Des temps qui peuvent aussi être l'occasion d'échanger avec les soignants sur leur pratique ou de recueillir des informations sur le quotidien de l'équipe.

Autrement dit, le projet de vie individualisé est aussi potentiellement un médiateur pour l'intégration du psychologue au sein de l'institution. Toutefois, il ne faut pas que celui-ci devienne un refuge, un prétexte pour ne pas arpenter les couloirs et les espaces de l'institution. C'est d'ailleurs, une réflexion que je me suis faite à moi-même. Car il est très vite séduisant et possible d'entretenir une sécurité de base dans le milieu professionnel en sollicitant des feedback positifs pas le biais de supports techniques comme le projet de vie individualisé. C'est une pratique moins exposante et plus sécurisante que d'exercer cette sécurité dans le contexte d'écoute et de difficultés que sous-entend le positionnement du clinicien dans une institution. Mais ça aussi, *c'est plus facile à dire qu'à faire*