

L'animation auprès de la personne âgée dans le canton de Genève

*Où ? Quand ? Qui ? Quoi ?
Combien ? Comment ?*

Ulrike Armbruster Elatifi, Chargée d'enseignement
Haute école de travail social de la HES-SO//Genève
28 rue Prévost-Martin, 1211 Genève 3, Suisse

Résumé

Le vieillissement démographique de la population provoque une mutation profonde de notre société. Dans cette transformation de la collectivité, le travailleur social et notamment l'animateur socioculturel a une place à prendre aux côtés de la population âgée afin que cet allongement de la durée de vie prenne tout son sens pour l'individu d'une part et pour la société d'autre part.

Le canton de Genève a toujours joué un rôle actif dans le domaine de la recherche sur la personne âgée. Toutefois, la plupart des études portent sur les conditions de vie des aînés telles que la santé, le logement, l'intégration sociale, etc. Rares sont les travaux qui s'intéressent aux professionnels du social intervenant dans le domaine de la gérontologie. Notre étude vise à combler cette lacune en cherchant à appréhender plus particulièrement le domaine d'intervention des animateurs socioculturels auprès de la personne âgée à Genève.

L'objectif général de cette étude quantitative qui s'est déroulée entre 2006 et 2008 consiste à décrire de la façon la plus précise possible la situation actuelle de l'animation dans le réseau socio-gérontologique genevois. Nos explorations ont dévoilé un réseau complexe, riche en offres multiples et diversifiées, mais également des institutions qui évoluent dans un contexte en constante évolution.

Table des matières

I. Introduction	5
1. Dimension de la recherche	5
2. Rétrospective.....	6
3. Objet de cette étude	8
4. Questions méthodologiques	10
5. Déroulement de l'enquête.....	10
6. Partenariat.....	11
II. Définition de l'Animation Socioculturelle dans le Domaine Socio-Gérontologique ..	12
1. Concept de l'animation socioculturelle	12
2. Animation socioculturelle dans le domaine de la gérontologie	17
3. Eléments clés de l'animation en gérontologie	23
III. Réseau Socio-Gérontologique Genevois	35
1. Evolution de la politique sociale et institutionnelle à l'égard des personnes âgées à Genève	35
1.1. Avant 1900.....	35
1.2. Le XXe siècle.....	37
2. Eventail des structures.....	41
2.1. Structures de type hébergement	42
2.1.1. Les services hospitaliers.....	42
2.1.2. Les établissements médico-sociaux	43
2.2. Structures de type domicile	44
2.2.1. L'aide et soins à domicile.....	44
2.2.2. Les immeubles avec encadrement social	45
2.2.3. Les foyers de jour	45
2.2.4. Les clubs d'aînés.....	46
2.2.5. Les organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs ...	46
2.3. Organismes d'assurances sociales	48
2.4. Conclusion	48
3. Elaboration de l'échantillon	48
4. Description des caractéristiques des institutions ayant participé au sondage.....	52
4.1. Statut	52
4.2. Taille des institutions.....	53
4.2.1. Le nombre de personnes accueillies.....	53
4.2.2. Le budget	54
4.2.3. Le nombre de lits	55
4.3. Prestations	56
4.4. Public	59
4.4.1. La diversité des usagers.....	59
4.4.2. La répartition des âges	59
4.4.3. L'autonomie	61
4.4.4. Le genre	63
4.4.5. L'origine nationale.....	64
4.5. Professionnels employés dans le réseau socio-gérontologique.....	64
4.6. Conclusion	68

IV. Animation Genevoise en G�erontologie	70
1. Historique de l'animation auprès des personnes âgées dans le canton de Genève ..	70
1.1. Apparition du secteur d'animation dans le réseau socio-gérontologique	70
1.2. Qui sont ces pionniers de l'animation en g�erontologie.....	73
1.3. Conclusion	74
2. Réseau institutionnel comportant des activités d'animation.....	75
3. Moyens à disposition pour l'animation	76
3.1. Statut de l'animation.....	76
3.2. Locaux et matériels à disposition du service ou des activités d'animation	77
3.3. Budget d'animation	78
3.4. Conclusion	81
4. Professionnels de l'animation	81
4.1. Effectif des services d'animation	81
4.2. Intervenants extérieurs.....	87
4.3. Conclusion	88
5. Qualification professionnelle	88
5.1. Profil de formation du personnel de l'animation.....	89
5.2. Compétences professionnelles relatives au métier d'animateur travaillant auprès de personnes âgées.....	95
5.3. Conclusion	97
6. Pratique professionnelle	98
6.1. Projet d'animation	98
6.2. Types d'animation	99
6.3. Objectifs poursuivis par la pratique d'animation	101
6.4. Evaluation	105
6.5. Type de public accueilli	106
6.6. Collaborations internes et externes	111
6.6.1. Personnel interne	111
6.6.2. Usagers.....	112
6.6.3. Famille et proches	113
6.6.4. Réseau de professionnels	114
6.7. Perspectives d'avenir	115
6.8. Contraintes et défis	117
6.9. Conclusion	119
V. Conclusion.....	122
VI. Bibliographie	129

I. INTRODUCTION¹

1. Dimension de la recherche

Fin 2006, la population résidante genevoise comprenait 445'306 personnes², dont 14.8% des habitants avaient l'âge de la retraite. Parmi ces seniors, 10.6% étaient âgés de 65 à 79 ans et 4.2% de la population genevoise totale avait 80 ans ou plus.

Le canton a connu une forte progression démographique ces cinq dernières décennies. La population a plus que doublé, passant d'environ 200'000 habitants en 1950 à plus de 445'000 aujourd'hui. La proportion des personnes de 65 ans ou plus a suivi cet accroissement. Les seniors représentaient 6% de la population au début du 20^e siècle, ils atteignent presque 15% cent ans plus tard. Nous observons aussi que les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes. Si la répartition entre hommes et femmes montre une légère surreprésentation des femmes pour les 65 à 79 ans³, l'écart se creuse à partir de 80 ans : dans cette catégorie d'âge 67.4% sont des femmes.

Selon diverses études statistiques européennes ou suisses⁴, ces changements démographiques ont tendance à se poursuivre au moins jusqu'en 2030. Ils s'expliquent par trois facteurs : l'allongement continu de la durée de vie grâce aux progrès considérables de la médecine et de la qualité de vie, l'accroissement des effectifs des générations issues du baby-boom et enfin la persistance d'une faible natalité.

L'importance croissante de la population âgée et les enjeux de société qui découlent du vieillissement de la population et de la transformation de la structure des âges nécessitent une bonne connaissance de ce public, de ses besoins et de ses attentes (Lalive d'Epinay, 1997). Le canton de Genève, conscient et préoccupé par l'évolution démographique, a mis en place un réseau gériatrique de qualité comprenant de nombreuses structures qui proposent une prise en charge de la personne âgée aussi bien à domicile qu'en institution. Cette « politique de services et de soins » (Guillemard, 2006) pour les personnes âgées, développée à Genève implique l'intervention de professionnels appartenant à des corps de métiers multiples et hétérogènes allant de l'hôtellerie à l'administration, des soins au social... Afin que les actes des professionnels soient au plus près des besoins et attentes des usagers âgés, des études sur la place, le rôle, la fonction et la pratique de ces professionnels deviennent nécessaires.

Notre recherche s'est déroulée dans le canton de Genève entre septembre 2006 et juin 2007. Elle s'intéresse au réseau socio-gérontologique⁵ au sens large du terme, et tout particulièrement aux professionnels de l'animation intervenant auprès de la personne âgée. Le manque de connaissances concrètes concernant les animateurs socioculturels dans ce domaine d'intervention a nécessité la récolte d'informations quantitatives sur l'animation en

¹ Pour faciliter la lecture, ce document utilise la forme masculine, il s'adresse de fait toujours aux femmes et aux hommes

² OCSTAT (Office cantonal de la statistique) – Mémento statistique du canton de Genève – 2006

³ OCSTAT : 56% de femmes pour 44% d'hommes

⁴ Freymond Christophe, Portrait démographique de la Suisse, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, Edition 2004
Wanner Philippe, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel et Université de Genève
Wanner Philippe, Réalité démographiques des relations entre génération, *In* Famille & Société, no 4, septembre 2004
Communication de la commission des communautés européennes, « Face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre générations », Bruxelles, mars 2005

⁵ Nous employons la notion de « réseau socio-gérontologique » au sens large du terme. Elle désigne l'ensemble des structures des soins et du domaine social qui s'adressent aux personnes âgées du canton

gérontologie. A combien de personnes sont estimées ces professionnels de l'animation en gérontologie à Genève ? Dans quelles structures interviennent-ils ? Quelle est leur formation professionnelle ? Voici quelques questions auxquelles nous tenterons de répondre tout au long de cette étude.

Celle-ci s'intéresse donc à la place qu'occupe l'animation⁶ dans le réseau socio-gérontologique genevois. Elle développe deux axes : l'un diachronique, en questionnant l'évolution de l'animation dans le temps ; l'autre synchronique, en interrogeant la présence des animateurs dans les institutions gérontologiques concernées ainsi que leur place et leur importance, les caractéristiques et les objectifs de leur pratique et enfin leur qualification professionnelle.

Ainsi, ce rapport a pour objet central la présentation détaillée des résultats d'une enquête quantitative menée dans le réseau socio-gérontologique genevois. Dans la première partie, nous présentons le contexte et l'objet de la recherche, les questions méthodologiques ainsi que le déroulement de l'étude et les partenariats développés avec les terrains professionnels. La deuxième partie aborde la question de l'animation dans le champ gérontologique, son histoire et ses grands courants. Une revue de la littérature existante et une comparaison avec les fondements de l'animation socioculturelle nous a permis de « modéliser » cette pratique en dégagant ses principales dimensions. La troisième partie est consacrée à l'évolution de la politique sociale et institutionnelle à l'égard des personnes âgées à Genève ainsi qu'à la description et à la classification des diverses structures composant notre échantillon d'étude. La quatrième partie retrace, dans un premier temps, l'histoire de l'animation dans le réseau socio-gérontologique genevois avant de s'intéresser, dans un deuxième temps, à la place de la pratique d'animation dans les institutions de ce champ d'intervention : statut de l'activité d'animation, locaux et matériels à disposition, budget. Les effectifs des services d'animation y sont analysés en détail, tout comme le profil de qualification des intervenants ou encore les types d'animation proposés et les objectifs poursuivis.

2. Rétrospective

Le canton de Genève est reconnu pour « ses activités pionnières » dans les domaines gériatrique et gérontologique (Lalive d'Épinay, 1997). Au cours de ces quarante dernières années, plusieurs études ont été menées sur la question du vieillissement de la population et les enjeux de société qui en découlent, ainsi que sur les conditions et les formes de vie des aînés genevois.

En 1977, une commission chargée par le Conseil d'État, sous l'égide du Pr. Junod, a mené une première vaste enquête auprès de la population âgée du canton. Elle avait pour mission d'étudier les problèmes relatifs à la vieillesse. Les résultats du rapport portaient plus particulièrement sur les questions du logement et de la santé (Junod, 1980). Durant la même période, un programme national de recherche (PNR3) fut initié sur le thème de l'intégration sociale. Un Groupe Universitaire Genevois de Recherche Interdisciplinaire

⁶ Dans le champ socio-gérontologique, les professionnels emploient le terme d'« animation » et non celui d'« animation socioculturelle ». Nous nous conformons à cette pratique en réservant la notion d'« animation socioculturelle » au champ large de cette profession.

Sur la Personne Agée (GUGRISPA) développa en 1979 une recherche sur le volet consacré aux personnes âgées. Cette étude était menée conjointement dans les cantons du Valais central et de Genève. Les principaux résultats furent publiés sous le titre « Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui » (Lalive d'Epina y et al., 1983).

En 1990, le Département de l'Action Sociale et de la Santé (DASS) du canton de Genève décida de lancer le programme « Philémon et Baucis ». Il était consacré d'une part à l'élaboration d'une statistique cantonale des structures existantes, d'autre part à une étude longitudinale portant sur les besoins des personnes âgées de plus de 75 ans et la pertinence des réponses institutionnelles apportées (Du Pasquier et al., 1995).

Etienne Christe et Elisabeth Hirsch Durrett publièrent en 1992 un rapport d'étude centré sur les professionnels du social intervenant dans le champ gérontologique et leur formation. Dans leur ouvrage, intitulé « Travail social et personnes âgées : quels besoins de formation ? », ils retracent le panorama des institutions employant des professionnels du social et décrivent les caractéristiques principales des postes de travail. Par ailleurs, ils s'interrogent sur les compétences et connaissances nécessaires à ces intervenants pour accomplir leur mission. A cette fin, ils rencontrèrent les employeurs des différents milieux du champ gérontologique. L'enquête qualitative permit aux deux chercheurs de dégager un certain nombre de pistes et d'injonctions censées améliorer la formation initiale et continue des travailleurs sociaux

Lorsqu'en 1991 a été lancé un programme national de recherche (PNR32 « Vieillesse »), le premier en Suisse à être entièrement dédié à la problématique de la vieillesse, des chercheurs du Centre Interfacultaire de Gérontologie (CIG - Université de Genève) ont soumis au Fonds national pour la recherche scientifique un nouveau projet donnant suite à l'étude GUGRISPA. Cette recherche longitudinale d'envergure, initiée en 1994, fut menée auprès de la population âgée (80 ans et plus) des cantons de Genève et du Valais. Elle s'intéressait aux facteurs socioculturels et environnementaux des personnes âgées, avec pour thèmes principaux les aspects sociologiques, médicaux, psychologiques et la consommation de soins (SWILSO-O)⁷. Elle a donné lieu à de nombreuses publications, entre autres l'ouvrage de synthèse s'intitulant « Vieillesse au fil du temps : 1979-1994 » (Lalive d'Epina y Chr. et al., 2000) ou encore « Vieillards à domicile, vieillards en pension : une comparaison » de Cavalli Stefano (2002). Ce dernier livre tente de retracer le profil spécifique des personnes âgées en établissement médico-social et à domicile. Cette analyse socio-démographique a porté sur deux questions principales, les raisons du placement des seniors et les conséquences de cette institutionnalisation.

Dans le cadre même du PNR32, une équipe de chercheurs issus du domaine social a réalisé une recherche portant sur les relations sociales en institution d'hébergement pour personnes âgées. Etienne Christe, Antoinette Genton, Elisabeth Hirsch Durrett, Pierre Mermoud et Barbara Müller se sont intéressés aux stratégies développées par les institutions pour maintenir ou restaurer les relations sociales indispensables à la vie et centrales dans l'existence humaine, que l'institutionnalisation de la personne âgée risque de bouleverser. Dans cette perspective, ils ont interrogé les pratiques en vigueur dans ces lieux de vie : maintien des relations antérieures des résidents, organisation de la vie collective, loisirs et activités socioculturelles, actions visant à intégrer l'institution dans son environnement local.

⁷ SWILSO-O : Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest-Old, requérant principal C. Lalive d'Epina y

Ils ont travaillé à l'aide de questionnaires, d'entretiens et d'observations des pratiques professionnelles. Un chapitre entier est consacré à l'animation dans les homes pour personnes âgées en Suisse. Les chercheurs y abordent, entre autre, les questions liées à la pratique de l'animation, au profil de qualification des professionnels, à la taille des effectifs, etc. au niveau national. Notre étude revient sur ces axes en les transposant dans le contexte genevois.

Les données de l'Office cantonal de la statistique de Genève ainsi que les recensements fédéraux (OFS) sont également une source riche en informations en ce qui concerne le public âgé.

3. Objet de cette étude

Ce bref tour d'horizon montre le rôle central que joue notre canton dans le domaine de la recherche sur la personne âgée, et ceci depuis de nombreuses années. La plupart de ces études portent sur les conditions de vie des aînés telles que la santé, le logement, l'intégration sociale, etc. Rares sont les travaux qui s'intéressent aux professionnels du social intervenant dans ce domaine. Notre étude vise à combler cette lacune en cherchant à appréhender le domaine d'intervention des animateurs auprès de la personne âgée à Genève, à saisir la spécificité de leur pratique et de leur contexte, ainsi qu'à mettre en évidence leur profil professionnel.

Les professionnels de l'animation socioculturelle ont fait leur apparition dès les années 80 dans le champ socio-sanitaire et pourtant leur pratique dans les différentes structures de prise en charge de la personne âgée a été jusqu'à présent très peu abordée. C'est pour cette raison que cette recherche exploratoire a été lancée par la Haute Ecole de Travail Social (HETS) en automne 2006 afin de prendre une photographie de la réalité genevoise de l'animation en milieu gériatrique. Nous en présentons ci-après les résultats.

L'objectif général de cette étude est donc de décrire de la façon la plus précise possible la situation actuelle de l'animation dans le réseau socio-gériatrique genevois. Plus précisément, nous tenterons de répondre aux questions suivantes : dans quelles structures et auprès de quels publics interviennent les animateurs ? Quels sont les types de prestations offertes ? Quels sont les moyens mis à leur disposition ? Quel profil de formation possèdent les animateurs ? Quelles sont les compétences professionnelles exigées par les institutions qui engagent les animateurs ? Le cas échéant, quelles peuvent en être les incidences sur la formation initiale et continue ? Quels types d'animation pratiquent-ils et en vue de quels objectifs ?

Pour répondre à ces questions, nous nous proposons très concrètement de réaliser les objectifs suivants :

- repérer, dans le champ socio-sanitaire genevois, les institutions qui offrent des services d'animation aux personnes âgées et définir brièvement leurs caractéristiques (type, taille, budget, caractéristiques des professionnels et du public cible...)
- retracer la naissance et la progression de l'animation dans les structures concernées
- circonscrire les services ou les activités d'animation pratiquée dans le réseau socio-gérontologique genevois (effectif, qualification du personnel, locaux, moyens, budget...)
- décrire les caractéristiques de la pratique professionnelle en animation auprès de la personne âgée (types d'activités d'animation, objectifs, travail ou non en réseau, contraintes et défis...)
- dessiner le profil des professionnels de l'animation en gérontologie (formation, compétences requises...)

Par cette recherche, nous espérons contribuer à éclairer quelque peu la réalité du champ professionnel de l'animation dans le réseau socio-gérontologique genevois.

Sur le plan pratique, cette enquête peut contribuer à améliorer la prise en charge actuelle de la personne âgée en mettant l'accent sur le lien social qui s'affaiblit si souvent à mesure que l'âge progresse. La finalité de l'animation est justement de contribuer à rétablir ce lien social en donnant aux seniors une place d'acteur dans la société. Par ailleurs, elle peut sensibiliser les décideurs politiques et les employeurs à la revalorisation et au renforcement de la place de l'animation dans ce secteur. L'étude ouvre également un espace de réflexion sur la formation adéquate à offrir aux étudiants en travail social de la HETS Genève, surtout dans un contexte où les niveaux de formation en travail social sont de plus en plus diversifiés. L'étude permet également d'intensifier la collaboration de la HETS avec les milieux professionnels. Elle contribue à améliorer l'adéquation des formations aux exigences et réalités des milieux professionnels. Les résultats de nos travaux intéressent également les décideurs politiques pour qui le problème du vieillissement de la population, de ses besoins en matière de soins, d'accompagnement et de sécurité se pose de manière impérieuse.

Sur le plan scientifique, cette enquête se fonde sur des données statistiques propres à notre étude et qui n'existent pas dans le canton. Nous souhaitons enfin qu'elle contribue à l'élaboration d'une approche plus fine de la pratique professionnelle de l'animation dans le domaine socio-gérontologique, domaine profondément bouleversé par l'allongement de l'espérance de vie.

En effet, cet allongement pose avec de plus en plus d'acuité la question du sens de cette étape de la vie. La vieillesse est « devenue un nouvel âge de la vie, un véritable troisième âge, dont la durée tend à se rapprocher des autres étapes de la vie, puisqu'elle représente de vingt-cinq à trente ans d'interactivité définitive. En s'allongeant, cette période de la vie s'est chargée de nouvelles attentes. La retraite ne peut plus être ces quelques années de bonheur modeste pour se reposer et jouir de vacances perpétuelles. Un projet de vie nouveau doit donner du sens à cet horizon élargi de la retraite » (Guillemard, 2006). Dans

cette perspective, la prise en charge de ce public n'est plus uniquement une question de soins. L'animateur joue un rôle clé dans l'accompagnement d'un tel projet de vie.

4. Questions méthodologiques

Pour la réalisation de cette photographie instantanée de l'animation auprès de la personne âgée dans le canton de Genève, nous avons mené une enquête quantitative. Il ne s'agissait en aucun cas d'évaluer les prestations fournies par les diverses institutions sollicitées, mais de mieux comprendre le cadre institutionnel et de décrire avec précision l'offre en animation existant dans le réseau socio-gérontologique de Genève.

Un questionnaire auto-administré fut envoyé à l'ensemble des structures genevoises intervenant auprès des personnes âgées (plus de 200 organisations). Il se composait d'une quarantaine de questions fermées ou parfois ouvertes.

Le questionnaire était divisé en cinq parties : la première portait sur les caractéristiques de l'organisation, les quatre autres concernaient plus spécifiquement les activités d'animation organisées à l'intention des personnes âgées.

Plusieurs questions ont été reprises d'autres questionnaires largement validés. Il s'agit notamment de l'enquête menée par Christe E. et Hirsch Duret E. en 1992 sur les besoins en formation des professionnels du social intervenant auprès de la personne âgée ainsi que d'une étude réalisée en France par Bernard Hervy (2003), sur mandat du secrétariat d'Etat aux personnes âgées, portant sur la question de la vie sociale des aînés.

Vue la faiblesse des effectifs, nos tableaux sont construits à partir de chiffres absolus plutôt qu'en pourcentages même si les commentaires qui accompagnent les tableaux utilisent ces derniers afin de synthétiser les informations et de rendre la lecture plus aisée. Le nombre de « non-réponses » étant très fluctuant, nous avons décidé de les consigner en bas du tableau et avons calculé les pourcentages relatés dans les commentaires sur la totalité des effectifs de l'échantillon, « non-réponses » incluses.

5. Déroulement de l'enquête

L'idée de mener un projet d'étude quantitative sur l'animation dans le réseau socio-gérontologique genevois a émergé en automne 2005 lors d'une rencontre entre des professionnels de terrain (Ad'Age – Association des animateurs/trices en gérontologie) et des représentants de la HETS Genève.

En juin 2006, le financement de la recherche a été assuré par la HETS Genève. Elle a mis à disposition un poste de travail à 20% sur une année. Le mandat a été confié à Ulrike Armbruster Elatifi, chargée d'enseignement à la HETS Genève. Elle a pu s'appuyer sur les conseils avisés de partenaires de terrain : Claudio Testori et Françoise Herquel, respectivement président et membre d'Ad'age, experts représentant le corps professionnel. Sur le plan méthodologique, Madame Marie Vial, sociologue et consultante en statistique, a apporté son expertise et son soutien. Durant les mois de septembre 2006 à mars 2007, Thibault Schneeberger, sociologue effectuant son service civil dans l'institution, a été chargé de la saisie des données statistiques dans la base informatique SPSS.

Dans le courant de l'automne 2006, le questionnaire a été élaboré, puis testé auprès de différentes institutions du champ gérontologique. Le 15 novembre 2006, il a été adressé à l'ensemble des services du réseau de gérontologie du canton de Genève.

La récolte et la saisie des informations se sont déroulées du mois de novembre 2006 à mars 2007. Initialement, il était prévu de commencer l'analyse des données à fin janvier 2007. Le taux de réponse à ce moment là ne répondant pas à nos attentes, nous avons décidé de relancer l'enquête auprès des partenaires de terrain. Pour ce faire, nous avons contacté téléphoniquement toutes les structures n'ayant pas répondu au questionnaire et leur avons proposé de les rencontrer afin de remplir le document en commun. Cette étape a nécessité d'importants moyens en temps et en disponibilité. Toutefois, cette démarche a permis de visiter les différentes institutions du canton, de faire connaissance avec les directions et les professionnels, et d'avoir des échanges en face-à-face avec eux. De cette manière, nous avons pu récolter un certain nombre d'informations informelles et qualitatives, complémentaires à notre enquête.

Fin mars 2007, le contrôle des données, l'examen des fréquences et des effectifs, la définition des types d'analyse à mettre en place et le recodage des variables ont débuté. Le croisement des variables et l'analyse des résultats se sont déroulés durant les mois d'avril à juin 2007. La rédaction des résultats obtenus et la production du rapport final ont commencé au cours de l'été de la même année.

6. Partenariat

La demande de mener une recherche sur la pratique de l'animation auprès de la personne âgée émane des terrains professionnels, notamment de l'association des animateurs/trices en gérontologie à Genève (Ad'Age). Un partenariat étroit a pu être construit avec les représentants du corps professionnel. Nous exprimons notre reconnaissance à l'ensemble des membres du comité de cette association.

Cette étude n'aurait pas vu le jour sans le soutien des employeurs des terrains professionnels. La FEGEMS (Fédération Genevoise des Etablissements Médico-Sociaux) a suivi avec intérêt la recherche et l'a appuyée auprès des directions des EMS en les invitant à participer à l'enquête. Nous remercions tout particulièrement Madame Christine Serdaly Morgan, secrétaire générale adjointe, pour son appui et sa confiance.

Notre gratitude s'adresse également à toutes les personnes qui, en répondant avec diligence à notre questionnaire, nous ont permis de réaliser cette recherche.

II. DÉFINITION DE L'ANIMATION SOCIOCULTURELLE DANS LE DOMAINE SOCIO-GÉRONTOLOGIQUE

1. Concept de l'animation socioculturelle

S'il est un domaine du champ du travail social qui se caractérise par sa complexité, sa diversité des pratiques sociales, sa multiplication des champs d'intervention professionnels et de ses acteurs, sa difficulté de donner une définition et un concept unique, c'est bien celui de l'animation socioculturelle.

« L'animation socioculturelle ? De quoi s'agit-il ? » Pierre Besnard⁸ commence son livre par cette interrogation, quelque peu provocatrice, mais reflétant la complexité de ce domaine professionnel. Selon cet auteur, l'animation socioculturelle est « une pratique en gestation » et « la difficulté d'en fixer les limites et d'en déterminer la spécificité (...) tient à une pratique de l'animation encore insuffisamment constituée, (...) et à l'insuffisance des recherches théoriques dans ce domaine ». Cette observation a été faite en 1986. Comment ce champ professionnel a-t-il évolué depuis ?

L'animation socioculturelle ne semble entrer « dans aucun champ traditionnel clairement circonscrit (la science, les institutions, la politique), et (...) se caractérise par l'absence de contours précis. »⁹ C'est la constatation de quatre chercheurs suisses quelques 18 années plus tard. Ils tentent d'explicitier cette difficulté à circonscrire cette pratique professionnelle par trois facteurs. Tout d'abord, ils stipulent que l'animation s'inscrit dans l'évolution sociale. C'est la société qui détermine très largement la forme que prendra l'animation socioculturelle. Si elle progresse à toute allure ou à pas mesuré, si son développement privilégie la dimension matérielle ou immatérielle, si ses membres vivent dans la misère ou dans l'abondance, si elle est très homogène et normalisée ou présente au contraire des modes de vie, d'habitat, d'entraide et de mobilité éclatés ou hautement différenciés, l'animation socioculturelle prendra des formes différentes. Ils soulignent également la « jeunesse » de cette profession. Pour rappel, la dénomination de l'animation socioculturelle est apparue en France et s'y est enracinée lentement entre 1950 et 1965 seulement (Besnard, 1986 ; Poujol, 1989 ; Gillet 1995) et donc les connaissances sur cette profession sont limitées. Par ailleurs, les quatre chercheurs affirment que l'animation socioculturelle « se veut de conception ouverte »¹⁰ et combat l'enfermement dans des définitions trop rigides. L'animation semble directement procéder de l'action. « Peu soucieuse des catégorisations théoriques, elle a fait son chemin en prenant ses marques autour de postures et d'actions, »¹¹ ainsi qu'autour de personnalités et d'institutions (Moser, H. et al., 2004).

Ce flou concernant la définition de l'animation socioculturelle va nous accompagner tout au long de cette étude. Néanmoins dans ce chapitre, nous avons voulu repérer les grands courants de pensées qui l'ont traversée dans le but d'en dégager les caractéristiques ou dénominateurs communs. De cette façon, nous espérons pouvoir établir des liens, mettre en valeur à la fois les points de divergence et/ou de convergence entre les fondements de cette discipline et le champ de l'animation qui s'est développé en gérontologie.

⁸ Besnard P., 1986

⁹ Moser H. et al., 2004

¹⁰ Ibid

¹¹ Ibid

La lecture des ouvrages sur l'animation socioculturelle en France et en Suisse fait apparaître la présence de deux orientations qui ont marqué de façon significative l'animation socioculturelle d'hier et d'aujourd'hui :

- A. Une première vision dominante de l'animation socioculturelle est relative à la notion de « **temps libre** », de « **loisirs** » et de « **vie culturelle** » (Opaschowski, 1979 ; Besnard, 1986 ; Gieseck, 1987 ; Nahrstedt, 1990 ; Michels, 1995). Cette orientation s'est fortement développée dans les pays germanophones et y prend place dans le champ des « sciences récréatives » aussi appelé la « récréologie » (Moser et al., 2004) ou encore la « pédagogie des loisirs critiques » (Michels, 1995).

Cette animation récréative et culturelle a pour objectif d'encourager et de stimuler des individus ou des groupes par des méthodes non directives, d'éveiller leur envie, d'exploiter leurs potentialités et leurs capacités latentes afin de leur permettre de les développer pleinement (Michels, 1995). De ce fait, elle favorise la communication, libère la créativité et stimule ainsi la formation de groupes. Elle se sert de moyens complémentaires à la parole et au langage. Elle ne s'adresse pas uniquement à la sphère intellectuelle, mais intervient aussi sur le plan émotionnel et celui des relations sociales (Opaschowski, 1979).

Les finalités des activités et des interventions d'animation liées au temps libre sont l'émancipation, l'autonomie d'action, l'accomplissement personnel, le plaisir et la découverte ainsi que la communication et la création (Michels, 1995).

Nous pouvons relever que cette approche vise le développement de l'individu et non le collectif. C'est à travers les activités culturelles et de loisirs que des liens interindividuels se tissent encourageant la création de groupes et de collectivités. Le sujet est incité à aspirer à une meilleure qualité de vie et à faire un usage intelligent et judicieux de son temps libre. L'accent est mis sur la participation volontaire de la personne qui va à la recherche de ses possibilités, de ses ressources et de ses désirs. C'est par un travail sur et avec l'individu qu'il est possible de parvenir à une mutation sociétale et à favoriser une vie collective de meilleure qualité.

- B. Une deuxième notion qui prédomine dans les débats sur la définition de l'animation socioculturelle fait référence à la « **dimension sociopolitique** ». Ici, le postulat d'un changement de société est mis en avant.

C'est en France que s'inscrit le courant sociopolitique. L'animation socioculturelle intervient quand l'individu se trouve dans une situation qui le dépasse et où il n'est plus maître de son destin, rencontre de la difficulté à trouver des repères et se sent démuné. L'animation aide alors les individus à mieux se situer et à prendre à nouveau leur vie en main (Gillet, 1995). L'idéal de la « maîtrise des situations de vie » ainsi que « l'autodétermination des intéressés » est visé.¹²

Cet axe défend, comme le modèle précédent, le principe de la participation volontaire qui exclut toute contrainte intentionnelle et manipulation. Les individus décident librement de l'aide qui leur sera donnée et restent libres de contrôler cette aide.

¹² Unesco et Conseil de l'Europe

Dans cette perspective, l'animation socioculturelle tout en partant des besoins des intéressés vise avant tout les collectivités et ne passe pas par des actions individuelles. L'animation socioculturelle encourage la démocratie et le changement social, elle « se propose de dépasser la participation formelle pour se diriger vers une participation concrète » et communautaire.¹³

Après ce bref survol des deux principaux courants de l'animation socioculturelle, nous constatons que le capital expérientiel et conceptuel accumulé durant les quatre décennies précédentes - les documents, les travaux et les réflexions menés dans les pays européens par des praticiens, des sociologues, des formateurs, des spécialistes des sciences humaines - ne permettent toujours pas de dessiner avec plus de clarté les contours du champ de l'animation socioculturelle. Quelles en sont les causes ? Est-ce l'étendue des champs d'activité, des méthodes et des outils d'intervention qui rend si ardue et difficile la définition claire et homogène de ce métier ? Nous ne pouvons et ne voulons pas répondre à ce questionnement, ce n'est pas le sujet de cette étude. Nous relevons toutefois que les définitions de l'animation socioculturelle ont des traits communs :

- Elles appellent à la mobilisation des individus ou des groupes d'individus.
- Elles font référence à la participation volontaire de l'individu et son statut de partenaire et de citoyen.
- Elles ciblent d'une façon ou d'une autre le changement social.

En Suisse romande, le concept d'animation s'est propagé dans les années 60, puis en Suisse allemande au début des années 70 (Moser et al., 2004). Il était fortement influencé par la réflexion et les débats sur la dimension sociopolitique menés en France.

« Au début des années 80, et plus particulièrement vers le milieu de celles-ci, un ensemble de professionnels, mais surtout les référents des écoles formant des animateurs en Suisse¹⁴ décident de se concerter et d'évaluer ensemble les fondements et le développement diversifié des pratiques, des institutions, des projets s'inscrivant explicitement ou implicitement dans le champ élargi de l'animation socioculturelle, ainsi que de procéder à l'analyse comparative des formations offertes et la mise en perspective de leur corrélation avec les nécessités de la pratique professionnelle. Ce travail de mise en commun et d'analyse se concrétise par la création, tout d'abord, de la Plate-forme commune des Ecoles suisses d'animateurs socioculturels, puis, en 1987, de la CESASC (Coordination des Ecoles Suisses d'Animation SocioCulturelle). »¹⁵

Pour la première fois, en Suisse (romande notamment) sont élaborés des documents communs qui définissent les finalités, les objectifs, les méthodes de l'animation socioculturelle, et naturellement de la formation qui y prépare. La référence sociopolitique y domine comme laisse apparaître cette citation de la Plate-forme commune des Ecoles suisses d'animation socioculturelle de 1989 : « L'animation socioculturelle est une action sociale qui s'exprime à travers différentes activités. Elle dépend du contexte économique, culturel, social et politique, ainsi que des potentialités propres de la population concernée. Cette action vise à structurer les groupes et à mobiliser leurs ressources en vue de réaliser

¹³ Unesco et Conseil de l'Europe, op. cit.

¹⁴ Alors au nombre de quatre : Genève-Lausanne-Zürich-Lucerne, augmentée de celle de Sion quelques années plus tard

¹⁵ Libois J., Accueil libre, une pratique fondamentale en travail social. Article à paraître, Genève, 2008. Joëlle Libois est professeure et responsable de la filière travail social à la Haute Ecole de Travail Social à Genève (HETS Genève)

les changements sociaux auxquels ils aspirent. La participation repose sur une base volontaire et se structure selon des principes démocratiques. Elle se donne pour moyens des méthodes propres à une pédagogie de l'action qui stimule la participation. » L'animation socioculturelle est ici associée à l'idéal d'une « société où la démocratie serait pleinement réalisée. »¹⁶ Cette approche tient compte de l'individu inséré dans son contexte social. La mission de l'animation socioculturelle serait d'amener l'individu à devenir « un acteur des changements sociaux et non plus simplement une victime. »¹⁷

Par ailleurs, une forme de typologie sectorielle des espaces de pratique a été réalisée et les concepts d'orientation et d'action de la profession identifiés puis rendus visibles et compréhensibles. La liste des champs d'intervention où l'animation socioculturelle s'exerce démontre une grande diversité. Ils ne sont pas, pour la plupart, réservés uniquement à l'animation. A titre d'exemple, nous pouvons énumérer un ensemble d'espaces d'interventions classiques, non exhaustif, tels que : centres de loisirs, maisons de quartiers, terrains d'aventures, centres culturels, mouvements d'usagers, réseaux d'entraides, éducation des adultes, institutions pour personnes âgées et handicapées, lieux de tourisme, projets associatifs alternatifs, syndicats, espaces d'insertion et de réinsertion sociale.

La redéfinition des formations professionnelles au niveau Suisse – qui a abouti à la construction des Hautes Ecoles Spécialisées (HES) – a amené un groupe de praticiens de l'animation à élaborer un référentiel de compétences métier¹⁸. Le nouvel animateur, dans la perspective d'une action orientée par une éthique démocratique rigoureuse, n'est plus recruté essentiellement en fonction de ses traits de caractère, mais surtout en fonction de ses compétences. Les références théoriques et les concepts utiles à cette phase de l'évolution des pratiques d'animation ne sont désormais plus ancrés dans des disciplines prétendant à l'hégémonie, mais dans un cadre synthétique favorisant l'approche pluridisciplinaire d'un phénomène complexe dans la mesure où la recherche, l'analyse, le « diagnostic social » ne sont plus considérés comme préalables à l'action, mais bien intégrés à une praxis, à un système ouvert à la créativité des acteurs sociaux, dans la mesure où ils sont portés par des forces sociales en continuel mouvement (Gillet, 1995).

En guise de synthèse, nous rappelons que deux courants de pensée distincts ont plus particulièrement marqué l'animation socioculturelle de notre pays et de ses voisins : l'un a trait à la notion de « temps libre », l'autre fait référence à la dimension sociopolitique. La Suisse romande et donc le bassin genevois a été davantage influencé par l'approche sociopolitique française comme le relèvent les textes de la plate-forme commune des Ecoles suisses d'animateurs socioculturels (1989). Néanmoins, il existe un certain nombre d'éléments communs à ces deux orientations et transversaux aux différents courants ayant caractérisé l'animation socioculturelle en France, en Allemagne et en Suisse :¹⁹

- Le premier élément concerne le public cible. En animation, les rapports entre les acteurs et le public cible sont **horizontaux**. L'individu est toujours considéré comme **partenaire** à part entière et son rôle de citoyen est rappelé à travers les actions d'animation.

¹⁶ Moser et al., op. cit.

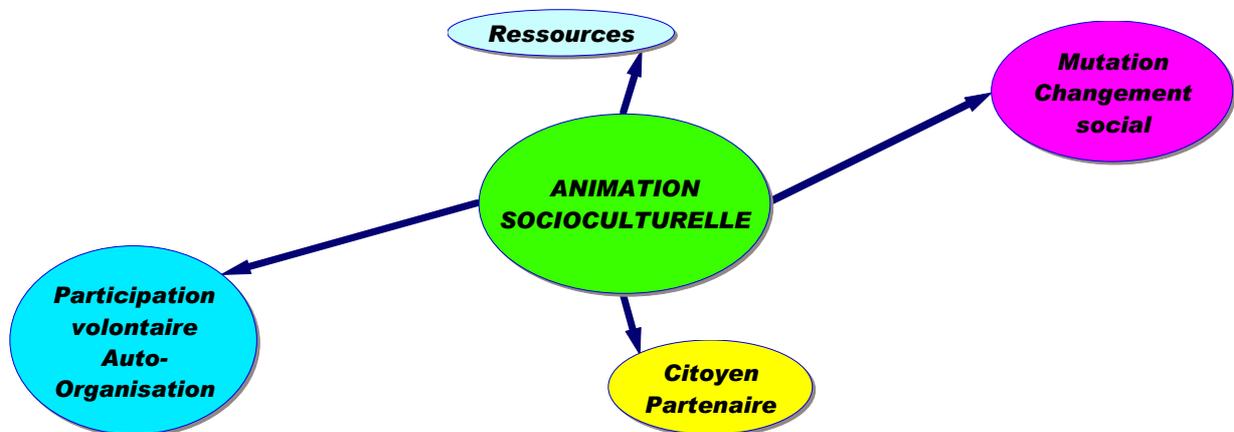
¹⁷ Ibid

¹⁸ Référentiel métier : www.anim.ch

¹⁹ Moser et al., op. cit.

- Deuxièmement, l'animation vise à travers ses actions un changement sociétal. Il ne s'agit pas uniquement de diagnostiquer le problème et d'essayer de le résoudre, l'animation va plus loin en recherchant la **mutation sociétale**.
- Le troisième élément prône la **participation volontaire** et l'**auto-organisation** des individus et groupes.
- Le dernier élément fait plus particulièrement référence aux **potentialités** et aux **ressources** de l'individu ou du groupe. Il importe de réserver un rôle central à l'individu ou à la collectivité en partant de leurs besoins et de leur créativité. De ce fait, l'animation socioculturelle parvient à permettre à la personne (au groupe) de prendre conscience (et confiance) de ses propres savoirs, savoir-faire et savoir-être, de ses forces et de ses limites.

Nous représentons cette vision à travers le schéma 1 ci-dessous :



Nous avons tenté dans ce chapitre de mettre en exergue les principaux fondements de l'animation socioculturelle par le biais d'une lecture théorique sur le sujet. Nous voyons qu'ils sont construits sur la recherche de la promotion des individus et des groupes d'individus, sur la promotion de leurs ressources et sur l'exercice de la citoyenneté. En ce sens, les activités des professionnels de l'animation socioculturelle favorisent l'action démocratique et la promotion du lien social là où il est rompu, notamment en situations de crise, par la médiation entre les différents acteurs sociaux, la structure étatique et la société civile. Les notions de citoyenneté, de changement social, d'actions participatives et volontaires ainsi que celles d'autonomie et de ressources individuelles et collectives sont des références clés pour les professionnels de l'animation socioculturelle.

Tentons de voir par la suite si ces éléments qui forment de grandes intentions se retrouvent également dans le domaine de l'animation en gérontologie.

2. Animation socioculturelle dans le domaine de la gérontologie

La gérontologie s'est développée dans les années 60 sur la question de la prise en charge de la personne âgée. Le travail social n'a pas investi rapidement ce champ, certainement en lien avec les fondements de ses pratiques qui sont de développer l'autonomie et la promotion des individus et des groupes. Il est difficile de penser la mission d'autonomie comme susceptible de s'appliquer à des personnes qui vont vers la fin de leur vie et qui se trouvent en grande dépendance physique et psychologique (Marcillat, 2000). Les politiques de la vieillesse s'articulent alors autour de la problématique générale des soins et des dépendances.

L'évolution des pratiques de l'animation socioculturelle auprès des personnes âgées est moins aisée à retracer qu'il n'y paraît. Peu de travaux ayant une véritable dimension historique ont été effectués. Ces pratiques sont en conséquence essentiellement repérables à travers le discours des acteurs qui ont voulu leur donner une autre orientation et un autre contenu au fur et à mesure des transformations qu'a connu le champ de la gérontologie. La littérature gérontologique fournit la trace soit d'expériences particulières ayant valeur d'innovation, soit « d'exhortations » à changer les pratiques institutionnelles sans que l'on aboutisse pourtant à une réelle théorisation de l'animation elle-même (Tourneur, 1996).²⁰ La question de l'accompagnement social au quotidien de la personne âgée, la citoyenneté, les dynamiques institutionnelles ne sont pas encore des objets d'étude très étendus. Le manque de références fait que chaque animateur évolue dans sa propre direction, influencé par ce qu'il est et par la culture de l'organisme dans lequel il intervient (Crône, 2004). Nous nous appuyons donc sur la documentation disponible, en particulier suisse et française et qui se concentre prioritairement sur l'animation auprès des personnes âgées en institution.

On peut dessiner à grands traits les étapes de l'évolution historique de l'animation dans le champ gérontologique à travers l'étude du développement de cette pratique au sein des établissements de prise en charge des aînés. Elle est fortement tributaire de la mutation du rôle et du statut de la personne âgée dans notre société.

Avant les années 60, les activités proposées ou imposées aux personnes hébergées, appartenant aux couches les plus démunies, sont conçues en référence aux « vertus » du travail, c'est-à-dire comme entreprise de moralisation au sein des institutions hospicielles, cela face aux « dangers » de l'oisiveté. Il est alors surtout question d'activités « occupationnelles » dont les objectifs sont de différentes natures : des raisons économiques, tout d'abord, afin de pallier au manque de personnel ; ensuite des préoccupations morales et de maintien de l'ordre social pour combattre l'ennui, l'inactivité, l'incivilité (Bois, 1989 ; Minois 1987) ; pour finir des raisons de rééducation des personnes (Faure, 1982 ; Heller, 1994 ; Cavalli, 2002 ; Hartweg, Zehnder, 2003 ; Vercauteren, 2004).

Cette prise en charge va se modifier radicalement par la suite. Avec l'introduction des retraites, la situation matérielle et le statut des âgés dans la société occidentale vont vivre un bouleversement sans précédent. D'une part, la vieillesse est reconnue comme une catégorie

²⁰ Documents de travail non publié. Sylvie Tourneur est responsable du centre de documentation du Centre pluridisciplinaire de Gérontologie de Grenoble

sociale. D'autre part, la situation économique des aînés s'améliore de façon sensible (Cavalli, 2002). La demande de prise en charge concerne dorénavant tous les milieux sociaux et plus exclusivement les plus démunis et misérables. A ce moment-là naissent les « maisons de retraite » ou « maisons de repos » qui assurent une prise en charge globale de la personne âgée. « Le confort nouveau et les équipements modernes font bientôt leur irruption dans ces établissements ; les activités récréatives et les animations s'imposent en tant que substitut fonctionnel au travail pour les pensionnaires retraités. » (Cavalli, 2002)

La période 1960 à 1970 est ainsi marquée par le passage d'activités essentiellement occupationnelles à la promotion d'une animation œuvrant au développement du bien-être psychoaffectif des personnes hébergées, dans la perspective de l'humanisation des institutions (Vercauteren, 1995). Cette politique s'appuie sur trois axes : l'amélioration du confort ; la médicalisation des institutions ; l'introduction d'animations ayant pour but d'améliorer la vie des personnes âgées (Vercauteren, 2002). D'un côté, la dimension thérapeutique de rééducation et « utilitariste » (Louage, 1993) de l'activité est affirmée notamment à travers l'importance prise par l'ergothérapie, qui inspire de nouvelles pratiques. De l'autre côté, émerge l'idée de pratiques visant à développer un certain « état d'esprit » (Vercauteren, 2002) au sein des établissements – l'animation à proprement parler dont l'étymologie vient signifier l'idée qu'il s'agit d'insuffler une « âme » aux institutions, à fournir du « sens » (Mémin, 1987 ; Badey-Rodriguez, 1997). Ces activités proposées concourent à organiser la vie de l'institution tout en donnant un sentiment d'utilité à la personne âgée, en se préoccupant de la « qualité » et des « conditions de vie » de l'individu ainsi que de son bien-être psycho-affectif (Vercauteren, 1995). Vers 1975, le terme « animation » commence à faire son apparition dans ce champ d'intervention.

Les années 80 à 90 voient le développement d'une **individualisation**²¹ des pratiques : l'accent est mis sur les « besoins » de la personne en contrepoint de la dimension exclusivement collective de l'animation. Celle-ci conduit à une conception du soin comme support d'animation et l'articulation de l'animation à la vie quotidienne des résidents (Vercauteren, 1995). Cette orientation va de pair avec le recul de l'âge d'entrée en institution et les modifications des caractéristiques de la population hébergée. « L'évolution du public accueilli dans les établissements pour personnes âgées pose des problèmes de plus en plus complexes, et l'animation ne peut pas ne pas s'en ressentir » (Badey-Rodriguez, 1997). Les professionnels de l'animation en gérontologie vivent une période de remise en question et de doutes quant à l'utilité et la pertinence de leurs actions majoritairement collectives face à un public dont le niveau de dépendance va croissant, dont les polyopathologies sont de plus en plus marquées et les personnes de plus en plus lourdement diminuées tant physiquement que psychiquement et face à un milieu fortement médicalisé (Vercauteren, 2002). Par ailleurs émerge aussi la nécessité de reconnaître aux personnes résidentes une place d'acteurs, en écho à la réflexion sur l'autonomie des personnes âgées. Dans cette perspective, l'animation évolue vers une double conception : l'animation comme « projet de soin » et l'animation comme « projet de vie » (Hervy, 1993). En mettant sur le même plan le « **projet de vie** » et le « projet de soin », souligne Vercauteren (2002), la personne âgée est considérée presque exclusivement à travers la maladie et ses pathologies.

²¹ Il ne faut pas confondre « individualisation », pratique qui réunit des groupes semblables afin de leur apporter collectivement une réponse et animation « personnalisée », notion qui apparaît plus tard et considère la personne comme « acteur »

Toutefois, cette décennie fait apparaître les premiers fonctionnements par projet et confirme la nécessité de développer des actions d'animation dans les établissements prenant en charge la personne âgée. En France, un certain nombre de circulaires²² et décrets²³ légitiment et soulignent l'importance de cette pratique dans le milieu gérontologique.

L'arrivée des professionnels en animation socioculturelle, dans le courant des années 90 à 2000, permet de développer de nouveaux aspects. Une importante réflexion sur le « sens » de l'activité et de « l'agir » est alors initiée par ces professionnels. Quel type d'animation proposer à un public de plus en plus âgé et de plus en plus dépendant ? De quelle manière laisser à la personne âgée sa place de citoyen et recréer des liens avec son environnement ? Divers courants et approches ont alors traversé l'animation en gérontologie prônant la nécessité d'ouvrir l'institution sur son environnement extérieur d'une part, de considérer les désirs de l'individu en valorisant davantage l'« être » sur le « faire » d'autre part.

Claudine Badey-Rodriguez, psychologue française, développe la notion « **d'animation relationnelle et de proximité** ». Selon cette auteure, le professionnel doit rechercher pour chaque personne « ce qui la tient encore en vie, ce qu'elle a encore envie de vivre, ce qui est encore important pour elle » (Badey-Rodriguez, 1997). Dans cette perspective, il s'intéresse à cette étincelle de vie, à ce quelque chose qui raccroche chaque individu à la vie, à ce désir de vivre. Cette récolte d'informations permet à l'animateur de construire un véritable projet de vie et de proposer à la personne âgée des actions personnalisées qui résultent de ses demandes, désirs, envies et rêves. Cette animation relationnelle et de proximité met également l'accent sur la continuité identitaire (biographie) de la personne ainsi que sur le maintien et le développement de la communication. Le professionnel s'appuie sur le potentiel restant et non sur l'inventaire des déficits existants. Il s'adresse à toutes les personnes, mais il faut adapter l'action à l'état du senior et développer des activités en petits groupes, voire individuelles, donc intervenir aux niveaux individuel et collectif. L'animation se doit d'investir l'ensemble de l'établissement et du personnel (pluridisciplinarité) ainsi que la totalité des activités de vie quotidienne. L'animateur selon ce concept doit savoir mobiliser les ressources des personnes tout comme celles du milieu. L'animation ne doit pas être confondue avec l'« activisme » comme le souligne Lalive d'Epinay (1991) : « la pensée occidentale réduit l'être à l'activité et l'activité au faire. La réflexion sur la vieillesse s'en ressent qui débouche sur d'incessantes exhortations à avoir une activité, à bouger, à faire quelque chose. » Ce modèle n'est-il pas la projection sur la vieillesse du fonctionnement d'adulte encore en pleine possession de ses moyens ? Les professionnels se questionnent sur l'existence d'un autre mode d'activité, plus psychique, plus intériorisée ; des activités davantage faites « d'observation, de retour sur soi, de contemplation, de médiation sur ses racines, son identité, son histoire, le bilan de sa vie » et qui nécessitent « un certain repli, de la tranquillité, de longs moments de silence et de solitude » (Badey-Rodriguez, 1997) Maximilienne Levet utilise le terme de « valeurs tierces »²⁴ et Michel Cariou parle de mode de participation « extra-temporel ».²⁵

²² Circulaire de Francheschi du 7 avril 1982

Circulaire du 4 février 1986 relative à l'hospitalisation des personnes âgées

²³ Décret N°85114 du 17 oct. 1985

²⁴ Levet M., L'Age de la flamboyance, Ed. Jacques Bertoin, 1993

Richard Vercauteren (2002) voit le concept de l'animation se construire autour de trois niveaux :

- Le premier se situe au niveau institutionnel : décor, service de restauration, organisation des locaux et modifications architecturales.
- Le deuxième palier concerne le niveau social : l'animation met l'accent sur le développement des liens avec l'environnement extérieur, la lutte contre l'exclusion et les aspects relationnels entre les différents acteurs en présence, soit les résidents, les familles et le personnel.
- Au troisième échelon, niveau individuel, l'animation s'intéresse à la personne âgée en tant qu'individu prenant en compte son histoire de vie. Vercauteren introduit l'idée d'une animation à l'écoute des « désirs » et « plaisirs » de l'aîné plutôt qu'à ses « besoins » (appartenant au domaine des soins). Il met en avant la dimension « personnelle » de cette animation où la personne âgée et sa qualité de vie est au centre des préoccupations du professionnel.

Vers la fin du 20e siècle, le champ des personnes âgées se voit investi par le secteur commercial. Il s'agit d'un marché intéressant et florissant. Les entreprises proposant des activités et des loisirs aux retraités fleurissent, les structures d'hébergement se multiplient. Pour les institutions accueillant les aînés, l'augmentation de l'offre crée la concurrence. L'animation devient alors un argument de vente (Amyot, 1994), un instrument de marketing. De ce fait, l'animation contribue à la promotion de l'établissement, elle devient une vitrine vers l'extérieur reflétant la qualité de vie et l'offre de prestations internes : Vercauteren (2002) parle dans ce contexte d'« **animation-vitrine** ».

Durant cette période, l'animation ne trouve pas seulement des adeptes et des défenseurs dans le champ gérontologique. Jean-Jacques Amyot a une position très critique face à cette pratique professionnelle qu'il estime « artificielle » et « provoquée » (1994) et qu'il qualifie d'« **animation intégrante** ». S'il convient qu'il est primordial d'appréhender les désirs, les besoins, les attentes des personnes âgées, il souligne la difficulté, voire l'impossibilité de récolter ce type d'informations. Le public avec lequel travaillent les professionnels de l'animation souffre de plus en plus souvent de dépressions, de démences et d'autres troubles psychoaffectifs. Dans ce contexte, est-il réellement possible d'établir une communication authentique avec la personne âgée ? Le risque de dérive et d'incompréhension, de projection et d'interprétation abusive de la part de l'observateur n'est-il pas omniprésent ? Amyot se demande également si les conditions de travail permettent aux professionnels de trouver le temps nécessaire pour ce type d'approche. Par ailleurs, il émet des doutes sur la réelle place laissée à la personne âgée dans le processus de choix de l'activité. Selon cet auteur, la personne âgée n'a aucune maîtrise sur le maintien, ni le renouvellement de l'activité, ni les modalités (horaire, lieu, etc.) car elle n'en est pas l'organisatrice, et restera donc toujours extérieure à l'événement.

Dans ce bref panorama historique de l'animation en gérontologie, nous pouvons constater que d'activités exclusivement collectives et occupationnelles, nous passons à des approches

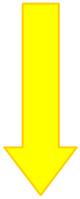
²⁵ Cariou M., Personnalité et vieillissement ou Permanence adaptative de l'enfance au grand âge : une théorie du détour. Thèse de doctorat d'Etat Université Paul Valéry, Montpellier, 1992

plus individualisées où il est tenu compte des « désirs » de la personne âgée et de ses ressources. Du côté des institutions, l'évolution du vocabulaire est intéressante à souligner, les institutions hospicielles devenant des établissements médico-sociaux et les vieillards nécessiteux, des résidents. On observe aussi une professionnalisation du secteur d'animation auprès des personnes âgées où les outils et techniques méthodologiques tels que la conduite de projet, l'évaluation des actions et des résultats, la démarche qualité sont appliqués et se généralisent. Par ailleurs, de plus en plus d'institutions inscrivent l'animation dans leur projet institutionnel ce qui lui confère une meilleure visibilité et re-connaissance.

Notre historique du parcours de l'animateur en gérontologie reste toutefois très théorique. Or, son évolution a été surtout construite par la pratique des animateurs au fur et à mesure des mutations sociales et environnementales qui se sont produites dans ce champ professionnel. Il serait important de vérifier ces assertions avec les terrains professionnels en donnant la parole aux animateurs eux-mêmes. Par cette récolte de données à partir d'une observation attentive et fine des pratiques professionnelles, il serait possible de faire émerger ces nouvelles pratiques d'animation que les animateurs ont inventé au fur et à mesure des changements environnementaux auprès de ce public de personnes âgées et au sein des institutions gériatriques. Une telle étude approfondie mériterait à elle seule une nouvelle recherche.

Schéma 2 - Récapitulation historique

Avant 1960



Institutions hospicielles ; entreprise de moralisation ; orientation charitable

Activités imposées aux personnes hébergées : « vertus » du travail, « dangers » de l'oisiveté

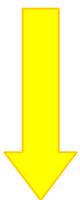
Dans les années 60



Développement de la gérontologie

Politique de la vieillesse s'articule autour des soins et des dépendances

Années 60 – 80

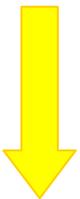


Humanisation des institutions (sous l'influence de l'ergothérapie) : Activités thérapeutiques, occupationnelles et « utilitaristes »

Volonté d'insuffler une « âme » aux institutions, à fournir du « sens »

Absence de professionnels : bénévolat

Années 80 – 90



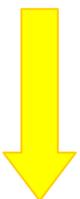
Développement d'une individualisation des pratiques : accent mis sur le besoin de la personne

Articulation de l'animation à la vie quotidienne des personnes âgées

Public : recul de l'âge des résidents. Personne âgée considérée comme personne à part entière, citoyenne, avec des besoins spécifiques et son histoire de vie, acteurs, autonome

Développement du projet de vie en parallèle au projet de soins

Années 90 - 2000



Arrivée des professionnels de l'animation socioculturelle

Liens avec l'environnement extérieur ; prise en compte des différents acteurs (famille, personnel, résident) ; lutte contre l'exclusion

Notion du « désir »

Tenir compte des diversités des situations individuelles tout en travaillant avec le collectif

Années 2000

Prévention

Animation vitrine

Application d'une méthodologie et évaluation des résultats

3. Eléments clés de l'animation en gérontologie

L'arrivée puis le parcours des professionnels de l'animation dans le champ de la gérontologie ne se sont pas passés sans heurts, ni remises en question, sans tâtonnements, ni hésitations ou doutes comme peut en témoigner le survol historique. Tout d'abord, la profession de l'animation en elle-même est encore jeune. Par ailleurs, sa pratique sociale, ses champs d'intervention, ses protagonistes sont multiples et complexes rendant difficile l'élaboration d'une définition claire et rassembleuse de cette pratique professionnelle. Pour finir, les animateurs en investissant (tardivement) le domaine gérontologique se sont trouvés dans un univers largement régi par la médecine et les soins dont la culture professionnelle diverge de la leur. Si le professionnel du social porte un regard global, réflexif et analytique sur une problématique en essayant de prendre en compte les différents éléments et composants du système, le soignant au contraire pointe le problème de façon précise et recherche un remède y correspondant. L'approche sociale est de ce fait considérée comme un plus apporté au bien-être psychique, physique et biologique de la personne âgée. Une valeur ajoutée, mais non indispensable.

Dans ce contexte, il nous apparaît difficile de « définir » l'animation dans le champ gérontologique. Une fois encore, nous allons tenter de dégager quelques-uns des éléments clés qui la caractérise plus particulièrement à notre avis et qui sont apparus au cours de ces trente dernières années.

3.1. L'axe individuel

L'intervention en animation socioculturelle est souvent associée à un travail axé sur le collectif. Le Conseil de l'Europe en 1997 reprend ce volet dans sa définition de la profession en stipulant que l'action en animation vise à « organiser et mobiliser des groupes et des collectivités ». Par la suite, cette notion s'est élargie et la promotion de l'individu a fait son apparition (Moser et al., 2004).

Dans le champ gérontologique, le survol historique a montré que l'axe collectif domine au départ. Mais sous l'influence du vieillissement de la population accueillie dans les institutions, les professionnels de l'animation ont été contraints de se questionner sur la pertinence d'une prise en charge privilégiant les activités centrées sur la collectivité. C'est là que réside l'une des spécificités les plus marquantes de l'animation en gérontologie. La confrontation avec une population de plus en plus âgée, de plus en plus dépendante et ceci de manière irréversible a obligé les animateurs à revoir leurs pratiques professionnelles et à développer une animation axée sur l'individu.

L'axe individuel en gérontologie doit être considéré comme une approche globale, la personne âgée est vue dans sa totalité. Cette observation fine de l'individu permet de construire un projet de vie avec et pour lui. Dans cette perspective, les animateurs sont amenés à intégrer dans leur réflexion des éléments en lien avec l'histoire et la culture de l'aîné, à prendre en compte ses désirs et à rechercher ses ressources. La participation volontaire de la personne tout au long du processus doit être garantie. Il s'agit là d'un des fondements même de l'animation socioculturelle. Cette prise en considération globale de

l'individu incite le professionnel à rester dans l'« être » et non uniquement dans le « faire ». Nous allons expliciter plus en détail chacun des items :

- Les notions d'**histoire** et de **culture** : tout individu est inscrit dans un parcours de vie, dans une trajectoire de vie qui lui est propre. Si l'on intervient auprès de la personne âgée, il est primordial de tenir compte de cette dimension temporelle de l'existence, de ces années déjà vécues qui ont imprégné l'être humain et qui le caractérise. Si l'on veut prendre en considération l'être humain dans sa globalité, il faut s'appuyer sur son histoire et ses origines, sa culture et ses expériences de vie (Hartweg, Zehnder, 2003).

Cet « avant » est pour la plupart des personnes âgées un bien précieux « étant donné que l'ouverture au futur se réduit chez l'être vieillissant, le passé prend pour lui de plus en plus d'importance » (Reboul, 1992). De ce fait, le professionnel est invité à observer non seulement le présent, mais à valoriser également le passé (l'avant) afin de pouvoir promouvoir et construire l'avenir (l'après) avec la personne. S'intéresser à ce passé permet également de faire connaissance avec la personne, avec ses particularités et ses habitudes. Ainsi, son action prend sens pour l'utilisateur car elle s'inscrit dans la continuité et le respect de sa vie. Le professionnel individualise son offre et évite par là même la banalisation et la standardisation de ses réponses et de son intervention. C'est une façon de réintégrer, de repositionner une histoire de vie afin que l'individu puisse se projeter dans l'avenir, par delà l'institution, dans un plaisir d'exister (Gérontologie, n°66) et de donner à la personne l'envie et l'élan d'aller jusqu'au bout (Badey-Rodriguez, 1997 ; Vercauteren, 2002).

Cette écoute de la culture et de l'histoire de la personne permet également de travailler sur la restauration de l'image et de l'estime de soi. Tenir compte du passé, le remémorer c'est aussi rappeler à l'individu le chemin déjà parcouru, les richesses et potentialités acquises, les exploits réalisés. C'est inscrire l'existence dans un processus évolutif. C'est signifier à la personne âgée que cette évolution se poursuit. Ardelier et Froidevaux (1997) résument cette dimension historique personnelle de la manière suivante : « chaque personne est, a été et sera. Les personnes âgées sont les témoins et les acteurs de toute une histoire sociale, économique et culturelle. Elles sont porteuses d'historicité. En dépit des difficultés dues à l'âge, elles doivent être respectées en tant qu'êtres en développement. Elles ont des projets, des capacités de changement, d'apprentissage, d'adaptation. Leur devenir au soir de la vie est encore un avenir qui leur appartient. »

- La notion de **désir** : il est important de consacrer un instant à ce terme de « désirs » qui revient régulièrement dans les écrits sur l'animation en gérontologie (Badey-Rodriguez, 1997 ; Vercauteren, 2002 ; Hartweg, Zehnder, 2003) et qui est opposé à la notion de « besoin ».

Un besoin peut être exprimé par le sujet lui-même ou par une tierce personne. Pour illustrer ce propos, nous prenons l'exemple d'un patient âgé dont le médecin traitant déclare sur la base d'un diagnostic médical qu'il a besoin d'un traitement pharmacologique, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale, etc. Nous y associons également une notion d'urgence car un besoin nécessite une réponse. Un désir, par contre, est intimement lié à la personne, à l'individu. Il ne peut être formulé

que par le sujet lui-même et il est un prolongement de son histoire et de sa culture, il forme un lien avec sa trajectoire de vie. De ce fait, le désir est unique, intime et personnel. Il nécessite que l'individu soit à l'écoute de lui-même, de sa vie intérieure et profonde.

Pour un professionnel, se mettre en quête du désir d'une personne signifie qu'il doit être entièrement à son écoute et procéder à une observation fine de l'individu, car il est à la recherche d'impressions, de sentiments, de souhaits, de rêves et d'impulsions. Le professionnel évolue dans un monde régi par l'émotionnel, l'irrationnel, les sensations ; un univers qui ne se dévoile que lentement et timidement à son entourage. Le chemin peut être long pour découvrir chez la personne âgée ce qui lui fait (encore) envie, ce qui la tient en vie.

A partir du moment où une personne formule un désir, elle se projette dans l'avenir, car elle a des attentes face à quelque chose qu'elle n'a pas encore, mais qu'elle souhaite obtenir dans un futur proche ou lointain. L'action de désirer fait naître un espoir et une attente chez la personne, ouvre de nouveaux horizons et perspectives pour cet être humain qui n'attendait peut-être plus rien de sa vie, autre que la mort. La personne âgée exprime une volonté à travers le désir, s'affirme et se manifeste. Elle est amenée à se mettre en mouvement pour assouvir ce souhait qui lui tient à cœur. Elle fait, par ailleurs, preuve d'imagination et d'optimisme en étant dans l'expectative de ce quelque chose.

En évoquant le désir on ne peut ignorer le « non souhait » de participer, parfois exprimé par le sujet âgé. Cet aspect implique que l'animateur laisse à l'individu le choix de prendre part ou non à une action, donc d'être dans le faire ou dans le non faire. Il faut garder à l'esprit que la période de la vieillesse est aussi caractérisée par un moment de « grande introversion » que Jung explique par la proximité de la mort. Cette mort, de plus en plus imminente, fait surgir selon lui une réflexion sur le sens de la vie et sur la survie. La personne âgée procède à une évaluation de sa vie en établissant un bilan. Pour ce faire, l'individu a besoin de se retirer, se centrer sur lui. En mettant en avant la participation volontaire du sujet, principe de base de l'animation socioculturelle, le professionnel doit apprendre à respecter le choix de non participation de l'utilisateur. La difficulté réside entre respecter un besoin de « tranquillité » et être attentif au danger que contient tout comportement de repli, d'isolement, voire d'abandon. La restauration de la position de sujet, autorisant la circulation du désir et exprimant l'autonomie de l'individu est l'enjeu essentiel face à la position d'objet de soin et d'aide. L'expression d'une demande de la part des personnes âgées concerne tout à la fois les conditions d'une émergence possible de la demande, la manière dont elle peut être recueillie et identifiée et enfin, les possibilités de lui apporter une réponse (Mamoukian, 1993 ; Badey-Rodriguez, 1997). Dans un monde régi par la « névrose de l'agitation » (Gérontologie sociale, n° 66) et par un activisme à tout instant (Lalive d'Épinay, 1991), il n'est pas facile d'accepter l'inactivité, le silence et la solitude, le calme et le retrait (Badey-Rodriguez, 1997). Or, l'animation perd tout son sens, si elle est imposée par l'extérieur. Il ne s'agit plus comme c'était le cas dans les années pionnières de l'animation en gérontologie, d'infliger des activités à l'ensemble des résidents pour les occuper mais de proposer aux personnes âgées de participer librement à des actions dont elles sont les instigatrices, les initiantes, les actrices. Ce libre choix est générateur de spontanéité

et de créativité, mais également d'imprévus (Hartweg, Zehnder, 2003). L'animateur fait de cette manière appel à la responsabilité de l'individu, à sa capacité d'affronter la réalité et d'y répondre de manière positive.

Derrière le désir se cache aussi une revendication, le droit de refuser des propositions qui ne correspondent pas aux attentes de la personne âgée, aux activités qui ne font pas sens pour elle. Il est possible ici de faire des parallèles avec les approches de la psychopathologie existentialiste. Les existentialistes font référence à cette notion de désir en réunissant ensemble les mots « volonté » et « désir » pour désigner l'acte humain de la « décision ». « Chez une personne, la décision tient compte du vécu, de l'expérience, de tous les désirs, mais elle transforme tous ces désirs en une façon d'agir choisie de manière consciente. »²⁶ May (1972) définit le désir comme l'élément donnant « la chaleur, le contenu, le jeu et l'enjouement de l'enfance, la satisfaction, la fraîcheur, la coloration et la richesse à la volonté. » Selon cet auteur, « il est plus facile de faire que d'être, de penser et de rationaliser que de sentir, de succomber à l'apathie que de faire face et d'assumer. »²⁷ Or, « l'être humain peut (...) influencer sur sa relation à son destin. Ce noyau de pouvoir pour prendre position, pour prendre une décision (aussi banale soit-elle) ne disparaît jamais. »²⁸

Ce désir que l'individu évoque et recherche en lui est indéniablement un « plus » dans sa vie. Un luxe qu'il s'accorde, un espoir nourri peut-être depuis longtemps. Il n'en a pas réellement besoin pour survivre, il est en plus de ce qui lui est strictement nécessaire. Superflu, mais au combien indispensable !

- La notion de **ressources** : le vieillissement de la personne est généralement associé à un processus de pertes lentes, progressives et « comme imperceptible, voire insidieux, qui s'installe en chacun de nous et devient évident lors de la prise de conscience des premières modifications physiques » (Reboul, 1992). Cette régression semble inexorable car intimement liée à notre cycle de vie et à l'usure du temps. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les « vieux » jours se prolongent tout comme le processus du vieillissement. Si l'on s'arrête à observer uniquement cette inévitable déchéance de l'être humain, quel sens ont alors ces années que les progrès technologiques et scientifiques nous offrent en plus ? C'est peut-être là que réside la finalité même de l'intervention du travailleur social en gérontologie : donner du sens à la vieillesse. Le professionnel intervenant auprès de la personne âgée doit partir des potentialités de l'individu et aller à la recherche des sources les plus profondes de ce dernier. De ce fait, il met en avant les forces, les richesses de l'utilisateur et non ses déficiences, ses manques et ses pertes. Ce changement de regard est essentiel dans l'animation en gérontologie. Il permet de travailler sur l'image et l'estime de soi avec le sujet âgé, de le mettre en valeur tel qu'il est aujourd'hui afin de lui montrer ses potentialités et ses possibilités restantes. C'est ainsi qu'il peut aider la personne âgée à accepter sa situation et à s'y adapter. L'animateur dans son approche fait non seulement appel aux ressources propres de l'individu, mais aussi au réseau social de l'aîné. Il s'agit là de tenir compte du tissu

²⁶ May R., Le désir d'être : psychothérapie existentielle, Epi, Paris, 1972

²⁷ Ionescu S., 14 approches de la psychopathologie, Nathan, Paris, 2000

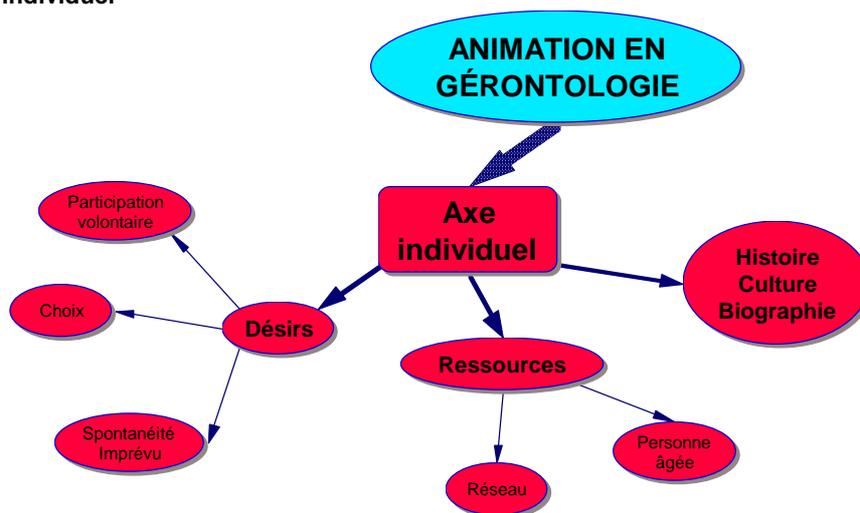
²⁸ Ibid

social existant de la personne âgée, tels que les membres de sa famille, son voisinage, ses amis, etc. dans le but de le maintenir, éventuellement de le redéployer, voire même de le développer. Dans cette perspective, le professionnel mobilise l'entourage propre de l'usager et lutte contre le processus de désocialisation.

La notion de ressources renvoie également à la prise en considération de l'environnement direct dans lequel évolue la personne âgée. Si l'on prend l'exemple d'un sujet vivant en établissement médico-social, on constate qu'il est entouré de professionnels appartenant à des métiers différents (soignants, hôtellerie, administration, etc.) et d'autres résidents comme lui. Le travail de l'animateur consiste ici à créer un lien entre les usagers ainsi qu'entre le résident et les divers corps professionnels. Il importe de mettre en avant les potentialités, les moyens, les richesses de chacun des acteurs appartenant au milieu de la personne âgée, de créer des liens entre eux, de les faire interagir. De cette manière, l'environnement s'adapte à l'individu tout comme l'individu apprend à s'y adapter. Le travail en réseau et en pluridisciplinarité est également valorisé.

Si l'animateur, par l'évolution du contexte environnemental et du public, a été « obligé » de s'aventurer dans le champ individuel de la personne, son souci premier et ultime est de « recollectiviser » le sujet âgé par la suite, de travailler sur son lien et son tissu social par une meilleure connaissance du sujet. Le professionnel de l'animation en gérontologie s'intéresse à travers ce travail individuel à la personne elle-même en la mettant au centre du dispositif. Il cherche à mieux la comprendre en tenant compte aussi bien de son passé, de son présent et en l'invitant à imaginer son avenir. De cette façon uniquement, il lui est possible de proposer et de développer des types d'activité en corrélation avec les « désirs » des usagers.

Schéma 3 : Axe individuel



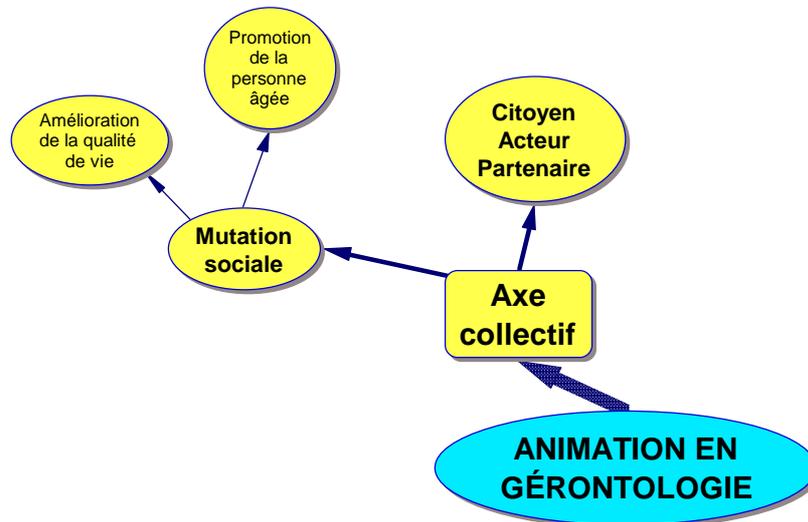
3.2. L'axe collectif

L'animation en gérontologie, nous l'avons vu, a fortement développé l'approche individuelle tout en continuant à investir le plan de la promotion des groupes et des collectivités des personnes vieillissantes. Cet axe collectif du champ gérontologique porte son focus plus particulièrement sur deux aspects : la mutation sociale favorisant un changement des représentations sociétales de la vieillesse et les questions liées à la citoyenneté des sujets âgés.

- Le premier axe de la dimension collective aborde la question de la **mutation sociale** qui est en train de se produire sous la pression démographique du vieillissement de la population. Il s'agit ici de promouvoir une remise en cause profonde des conceptions usuelles véhiculées sur la vieillesse. Cette promotion de la personne âgée permet de lui donner une place dans la société, de modifier le regard et les représentations qu'elle a de la vieillesse et du vieillissement. L'animation joue un rôle dans cette dimension sociopolitique et œuvre à ce changement social ayant pour but d'améliorer la vie d'une catégorie de personnes, soit de la population âgée. Des actions collectives et communautaires doivent permettre de reconsidérer la personne âgée sous un jour plus respectueux de son humanité et allant au-delà des soins de vie quotidienne et médicaux (Hartweg, Zehnder, 2003). Ardelier et Froidevaux (1997) parlent de « renouvellement de la société » et incitent les professionnels à s'engager vis-à-vis de la société et de son évolution. Selon eux, « ils doivent prendre leur part, aux côtés des personnes âgées elles-mêmes, dans l'invention d'un nouveau statut de la vieillesse et d'une nouvelle qualité de vie pour les personnes âgées. »
La vieillesse a sa place dans cette société en mouvement, elle fait partie de la vie. De ce fait, le professionnel de l'animation « doit être un appui aidant les personnes à vivre au mieux de leurs aspirations, leur participation à la vie collective. » Il œuvre au service d'une plus grande tolérance et ouverture face à cette population (Ardelier, Froidevaux, 1997).
- Le second axe du volet collectif de l'animation en gérontologie que nous amenons porte sur l'action démocratique et sur la question de la préservation de la vie citoyenne des personnes âgées. Il importe de maintenir la personne âgée dans sa réalité relationnelle et sociale quotidienne. (Vercauteren, 2002) En tant que **citoyenne**, elle doit pouvoir accomplir ses fonctions dans la société. Il faut lui permettre de prendre sa vie en main et l'aider à restaurer son autodétermination et son autonomie. L'animateur peut être vu comme un médiateur, un levier pour garantir et promouvoir cette autonomie de la personne âgée. Ce concept d'autonomie renvoie à la logique du vivant développée par Edgar Morin (1980) qui avance que l'autonomie s'affirme sur le plan de l'existence, de l'organisation de la vie, de l'action dans une dynamique interactive. Elle est à la fois autoproduite et continuellement en prise sur le monde. Pour une personne âgée, l'autonomie rimera peut-être plus avec indépendance. Elle se construira davantage sur l'apprentissage de la maîtrise des dépendances et des complications dues au vieillissement (Ardelier, Froidevaux, 1997). L'animation peut œuvrer pour que la personne âgée reste un **acteur** et un **partenaire** social à part entière.

Cet axe collectif reprend les éléments porteurs de la dimension sociopolitique fortement présente en Suisse romande et dans le canton de Genève. Il vise le changement sociétal et incite la personne âgée à rester actrice de sa vie. Nous ne nous étendons pas davantage sur cet aspect de l'animation socioculturelle bien connu dans notre région.

Schéma 4 : Axe collectif



3.3. L'axe environnemental

Nous mettons en valeur un troisième axe de l'animation en gérontologie qui nous semble central dans cette approche. Il porte sur l'environnement des personnes âgées, c'est-à-dire le maintien des contacts de l'aîné avec son entourage « interne versus externe ». Il s'agit en premier lieu pour l'animateur de favoriser l'ouverture de l'institution sur son environnement extérieur, et en deuxième lieu d'inviter la personne âgée à s'intéresser à son « nouvel » espace de vie et l'aider à maintenir, sinon à recréer un réseau social.

- Les actions d'animation ont un impact sur **l'environnement** direct et immédiat de la personne âgée. Pour les auteures comme Hartweg et Zehnder (2003), « le but de l'animation en institution pour personnes âgées n'est (...) pas la lutte contre la dépendance des individus ; sa qualité ne se mesure pas au nombre d'activités proposées et au nombre de résidents y ayant participé. Le but de l'animation est le dialogue entre les espaces privé et public, intérieur et extérieur. » Pour elles, il importe d'ouvrir les lieux de vie de la personne âgée - que ce soit l'institution ou le domicile - sur le milieu environnant. Les temps sont révolus où l'on a privilégié l'implantation des maisons de retraite à la campagne, loin des centres ville, loin du regard de la société. Aujourd'hui, un effort important est fait par les instances politiques pour maintenir la personne âgée dans son contexte social et culturel habituel, par exemple en favorisant la construction d'établissements médico-sociaux dans les différents quartiers de la cité. L'animation peut ainsi être vue comme un moteur chargé de maintenir, de créer, voire de recréer et d'inventer des passerelles

entre le « dedans » et le « dehors », sans pour autant les imposer et « tout en respectant les différences de sensibilités, d'attentes, de générations, bref, de souhaits des deux populations » (Ardelier, Froidevaux, 1997). Il importe que la personne âgée continue à vivre et à se socialiser dans la cité, qu'elle y garde sa place. L'animation cherche à l'intéresser au monde qui l'entoure, un monde trop souvent devenu hostile car rendu inaccessible pour de multiples raisons. Dans ce cas, l'animation doit savoir trouver « les moyens de substituer à cet extérieur perdu un nouveau centre d'intérêt, lui-même fondé sur cet extérieur que l'animation rendrait accessible » (Vercauteren, Hervy, 2002). Dans cette perspective, les personnes deviennent participantes d'une société en mouvement par des projets d'ouverture sur le quartier et la ville (Ardelier, Froidevaux, 1997).

Manon Masse (2007)²⁹ démontre dans son article sur le modèle écosystémique que l'environnement et ses interactions risquent de se réduire en même temps que les dépendances d'une personne augmentent. Elle se réfère au milieu du handicap et prend pour exemple « une personne ayant une déficience intellectuelle profonde et qui vit depuis sa naissance en institution. » Ce résidant « risque d'avoir le milieu institutionnel comme unique microsystème. Son exosystème sera réduit aux activités existantes à l'intérieur de l'institution, surtout si cette dernière est située en périphérie des grands centres urbains. En effet, dans ce contexte, les services sont souvent offerts par l'institution (repas, culte, loisirs, dentiste, médecin, travail). » De ce fait, il résulte un accroissement de l'isolement de la personne et un manque « d'accès à un environnement élargi, à une vie citoyenne. » La chercheuse revendique que le rôle de création de liens devrait être assuré par un tiers, en l'occurrence les accompagnants socio-éducatifs et médicaux. Ces professionnels facilitent les communications avec l'environnement extérieur « lorsque la personne ne peut exprimer elle-même ses besoins. »³⁰ De nombreux parallèles peuvent être tirés avec le public âgé vivant en institution. Ils encourent les mêmes dangers de ségrégation et de repli sur soi si l'institution ne favorise pas cette ouverture sur l'extérieur, sur le quartier, sur la cité.

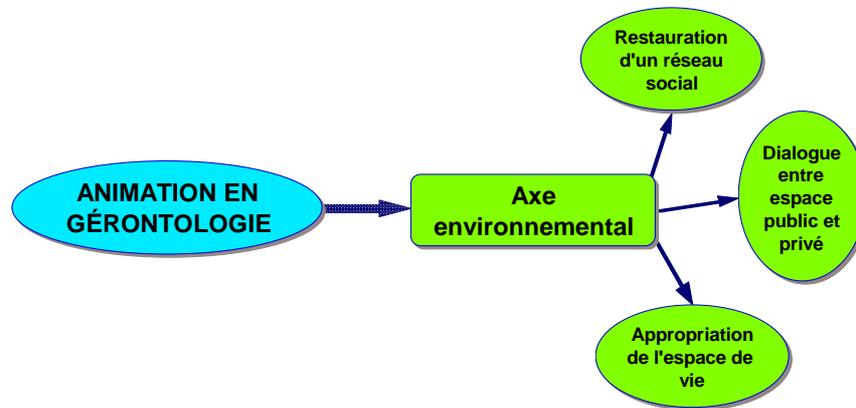
- L'animation auprès de la personne âgée doit également permettre à l'individu de s'approprier un **espace de vie nouveau** ce qui est le cas au moment de l'entrée en institution. Il importe d'aider la personne à concevoir l'établissement comme un « chez soi », même « collectivisé ». Il appartient ainsi à l'animation d'imaginer les moyens permettant de mobiliser qualitativement l'environnement pour le bien-être de la personne âgée afin de favoriser son adaptation à ce nouveau modèle de vie (Vercauteren, Hervy, 2002).
- Le dernier aspect de ce volet portant sur l'environnement concerne la « **restauration d'un réseau social** au sein duquel la personne âgée peut se créer ou recréer des relations et des liens qui l'aideront à sortir de son isolement et à retrouver une vie sociale » (Ardelier, Froidevaux, 1997). L'idée est d'aider au développement de

²⁹ Manon Masse est chargée d'enseignement à la Haute Ecole de Travail social à Genève

³⁰ Masse M., Le modèle écologique : impacts sur les pratiques et la recherche dans les domaines de l'éducation, du social et de la santé, Genève, 2007. Article à paraître

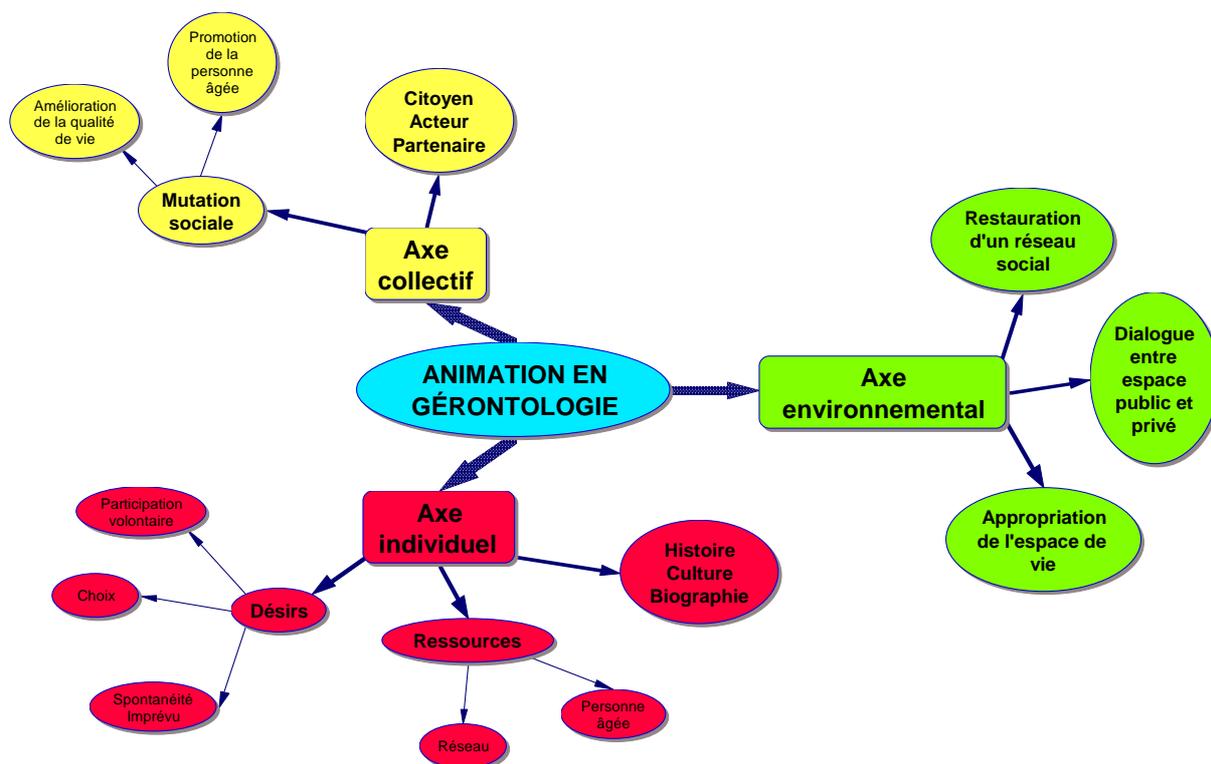
relations entre les personnes âgées, d'établir un système d'échange et de partage, de « construire quelque chose ensemble, au même titre que dans son passé le voisinage constituait une pratique sociale désintéressée et pourtant impliquante » (Vercauteren, Hervy, 2002).

Schéma 5 : Axe environnemental



Pour résumer, tout au long de ce chapitre, nous proposons de distinguer dans l'animation en gérontologie aujourd'hui trois grands axes : l'individuel, le collectif et l'environnemental. Le vieillissement de la population a induit une modification dans la pratique professionnelle des animateurs auprès du public âgé et le développement du volet plus centré sur l'individu avec une référence forte à l'histoire de la personne, à son ancrage historique et biographique, ainsi qu'à la prise en compte du sujet dans sa trajectoire de vie. L'approche s'est enrichie de la réflexion sur les ressources de la personne et contribue à voir le vieillissement non pas uniquement comme une série de pertes de compétences et de capacités, mais comme un processus d'adaptation aux formes nouvelles de la vie individuelle et collective du sujet âgé. Dans cette perspective, l'action en animation invite la personne âgée à exprimer ses désirs et ses envies afin qu'elle se révèle à elle-même et qu'elle détermine elle-même le contenu de cette action, qui est toujours volontaire et ouverte, en fonction d'objectifs qui lui appartiennent. Au niveau de l'axe collectif, nous retrouvons les préoccupations classiques de l'animation socioculturelle : la mutation sociale ainsi que la notion de citoyen, de partenaire et d'acteur. L'animation apparaît ici comme une méthode d'intégration et de participation, mais aussi de transformation et d'interrogation de la société et de l'environnement du sujet âgé dans son ordre économique, social et culturel (Simonot, 1974). L'axe environnemental et de réseau pose toute la question de l'avenir de l'animation au sein du dispositif gérontologique. Quelle est la place et quelle est la marge de manœuvre de l'animateur dans les institutions organisées de façon fortement centralisées telles que les établissements pour personnes âgées, etc. ?

Schéma 6 : Animation en gérontologie



4. Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons tenté dans un premier temps de rappeler les éléments principaux qui caractérisent l'animation socioculturelle en Suisse avant de nous intéresser, dans un deuxième temps, à l'animation dans le domaine de la personne âgée. Après un bref rappel historique de l'évolution de cette pratique dans le champ de la gérontologie, nous avons essayé de dégager un concept de l'animation qui se construit autour de trois axes : individuel, collectif et environnemental. Il s'agit maintenant de croiser les données afin de voir de quelle manière s'inscrit l'animation en gérontologie dans le concept général de l'animation socioculturelle décrit plus haut. Existe-t-il des liens, des ressemblances ou des divergences ?

Le premier axe de l'animation en gérontologie que nous avons dégagé met le sujet âgé au centre du dispositif. Il s'agit du niveau individuel. L'animateur s'intéresse prioritairement aux potentialités du senior, à ses richesses et à ses forces et non à ses déficiences, manques et pertes. Dans cette perspective, nous pouvons établir un premier parallèle avec les objectifs et missions poursuivis par l'animation « récréative et culturelle ». Cette approche prône également l'éveil et l'exploitation des possibilités et des ressources de la personne. Le professionnel se met à la recherche des capacités latentes de l'utilisateur. Pour ce faire, il travaille davantage sur un niveau individuel que collectif, dans une sphère plus émotionnelle que rationnelle.

L'animation en gérontologie investit cette « vie de loisirs » (Vuille, 1979). Par le biais de programmes d'activités collectives et individuelles, elle contribue à maintenir la continuité identitaire et la valorisation des aînés (FEGEMS, Descriptif de la fonction de l'animateur, 2006), elle appréhende les règles de la vie collective et au contact de l'autre, elle construit la personnalité sociale de l'individu et les liens interindividuels. Activité de loisirs et socialisation vont donc de pair (Vuille, 1979).

L'activité professionnelle forme le temps fort de la vie d'une personne du XXI^e siècle, tandis que « les loisirs ne trouvent leur place que dans le temps qui reste, comme un relief en creux, comme un temps de passage » (Vuille, 1979). Avec l'entrée dans la retraite, la répartition du temps entre travail et loisirs se modifie radicalement. La personne âgée étant exclue du monde du travail par le système social actuel, son temps « libre » devient le temps fort de sa « nouvelle » vie. Assurant à la fois continuité et rupture, les loisirs organisés représentent une transition, une prise en charge de l'individu, complémentaire à celles de la famille et du travail, mais qui permettent de rompre avec certains rythmes et contraintes (Vuille, 1979).

Dans une société construite en priorité par et pour les personnes actives, il n'est pas facile de changer radicalement de perspective, d'entrer dans un univers proche de celui dans lequel vit la personne. Il importe de ne pas oublier l'individu lui-même, sa réalité et ses exigences propres. Pour ce faire, « l'animateur est amené à privilégier l'écoute de la demande et la forme d'accueil qui laisse place à l'émergence des désirs et de la créativité propre à chacun » (Vuille, 1979). Il connaîtra ainsi ce que la personne âgée pense de son vieillissement, ce qui la soutient ou ce qui la déstabilise, ce qui la stimule ou ce qui l'appauvrit, ce qui la gratifie ou ce qui l'humilie (Mémin, 2001).

Le deuxième axe qui caractérise l'animation auprès de la personne âgée comprend le niveau collectif. L'augmentation de l'espérance de vie bouleverse l'ensemble des valeurs qui sous-tendent notre société. La longévité d'un côté, le faible taux de natalité de l'autre fait que notre système social doit être repensé avec une population plus âgée, mieux informée et plus cultivée, plus nombreuse et plus représentée dans la vie sociale et politique. L'animation joue un rôle central dans cette dimension sociopolitique. Par son action, elle s'engage dans une mutation sociétale en incitant à une remise en cause de la conception du vieillissement et de la vieillesse, de la place de la personne âgée dans la société et de la représentation collective du parcours de vie selon des étapes bien séparées et distinctes : enfance, jeunesse, vieillesse. L'animation en gérontologie par son action en faveur de la promotion de la population âgée reprend deux pièces maîtresses de l'animation socioculturelle : le changement social et la citoyenneté.

Le volet collectif de l'animation en gérontologie défend également l'idée de la participation volontaire de l'utilisateur, du choix personnel et de l'auto-détermination. Comme le soulève très justement Michel Vuille, en réalité, les choses ne sont pas aussi simples... Lorsque les enfants travaillent à plein temps, lorsque les appartements sont trop petits pour accueillir un parent âgé, lorsqu'aux abords de l'immeuble ou dans le quartier, les commerces de proximité font totalement défaut, lorsque la personne se sent seule... Il est clair que la fréquentation des structures prévues pour les seniors répond à une nécessité sociale. La tâche de l'animateur consiste alors à stimuler cette catégorie d'utilisateurs. « En revanche, pour les personnes qui viennent avec un projet personnel ou tout au moins avec le désir de participer à un type d'activités, les animateurs interviennent alors comme conseillers, comme

guides, comme régulateurs des multiples collectifs, comme garants du bon fonctionnement des relations et des échanges interpersonnels » (Vuille, 1979). L'action participative et collective du concept général de l'animation est reprise ici.

Le troisième et dernier axe de l'animation en gérontologie fait référence à l'environnement de la personne âgée : son réseau social, son espace de vie, son lien entre l'intérieur et l'extérieur. Avec la diminution de l'autonomie, avec le veuvage suite à la « perte d'un compagnon, miroir et appui » (Mémin, 2001)... le senior voit son espace de vie se rétrécir. L'animation dans sa dimension sociopolitique défend justement la promotion de la restauration du lien social là où il est rompu. L'animateur est donc appelé à veiller à l'ouverture des structures sur l'extérieur, à jouer un rôle primordial dans le lien entre le privé et le public, à lutter contre le fait que l'institution ou le domicile devienne l'unique microsystème de l'utilisateur.

Nous constatons que l'animation auprès de la personne âgée épouse très étroitement le concept de base de l'animation socioculturelle tout en l'approfondissant, en le développant, en l'explorant, en l'investissant et en l'ouvrant de nouvelles perspectives. L'animateur du domaine socio-gérontologique a été amené, suite à la transformation de son public, à investiguer davantage le volet individuel, à s'intéresser à la personne et son histoire de vie, à sa trajectoire et sa biographie. De ce fait, il inscrit l'individu dans sa continuité de l'existence humaine, de la naissance à la mort, dans un « avant et un après temporel » qui explicite le présent et qui permet un mouvement vers la suite de l'existence. Par le biais de l'intervention dans le domaine de la gérontologie, les pratiques de l'animation se sont diversifiées et ont notamment renforcé la dimension individuelle. Il en est de même avec le volet environnemental. Les établissements pour personnes âgées ont été durant longtemps des structures fermées, installées en bordure de la ville, loin du regard de la population productive. L'animateur professionnel a œuvré très rapidement à ouvrir ces lieux de vie vers l'extérieur : le quartier, le village, la cité, etc. afin que le senior puisse participer au mieux de ses aspirations à la vie collective et appartenir à la communauté humaine sous ces différents aspects (Ardelier et Froideveaux, 1997).

III. RÉSEAU SOCIO-GÉRONTOLOGIQUE GENEVOIS

1. Evolution de la politique sociale et institutionnelle à l'égard des personnes âgées à Genève

Le réseau socio-gérontologique genevois s'inscrit dans une histoire dont le déroulement des événements a marqué les structures qui le composent. Retourner dans le passé, retracer les différentes phases évolutives qui se sont succédées permettent de mieux appréhender le présent. Ce chapitre porte sur l'évolution à travers le temps de la politique sociale et institutionnelle du canton de Genève en matière de prise en charge des personnes âgées.

1.1. Avant 1900

En premier lieu, remontons le temps jusqu'à la Genève médiévale. A cette époque, il n'existait pas de lieux spécifiques pour accueillir les vieillards nécessiteux. La charité et l'assistance étaient souvent le fait de l'initiative privée et surtout de l'Eglise. Cette dernière supervisait nombre d'hôpitaux recevant indifféremment les pauvres, jeunes ou vieux, les malades et les pèlerins. Au Moyen Âge, Genève comptait une institution de bienfaisance baptisée la Boîte de Toutes Ames, deux léproseries et une dizaine d'hôpitaux.

Durant la Réformation (XVI-XVIII^e siècle), tous les biens et revenus des hôpitaux à Genève furent saisis pour créer un seul établissement : l'Hôpital Général situé à l'emplacement de l'actuel Palais de Justice. Ainsi, durant trois siècles, c'est lui qui, dans la mesure de ses moyens, prit en charge les déshérités et les personnes âgées incapables de subvenir à leurs besoins.

Les vieillards représentaient un nombre important des personnes admises à l'Hôpital Général. Ils n'y étaient pas abrités à cause de leur âge, mais en raison de leur pauvreté. Les séjours étaient souvent temporaires et pour être admis, il fallait d'abord que la requête soit jugée recevable par la Noble Direction. Comme le signalent certains auteurs, « on observe que les « entrées » de personnes âgées sont souvent suivies de leur « sortie ». (...) Une « entrée » ne devenait définitive que lorsque la personne était considérée comme assez malade ou infirme pour ne plus être en état de travailler, soit de subvenir à ses besoins. » (Mottu-Weber L., *In* Heller G., 1994)

Peu à peu, des salles spécialement réservées aux vieillards, aux infirmes et aux aliénés furent créées. On put ainsi dénombrer la « Chambre des malades », caractérisée par la promiscuité, la misère et la sénilité de certains vieillards ; la « Chambre des bourgeois » ou « Chambre des invalides à pension » dont le prix diminuait si la personne donnait ses biens à l'Hôpital ; la « Chambre avec cheminée » pour les personnes fortunées, qui pouvaient y loger avec un domestique.

L. Mottu-Weber résume la situation du XVIII^e siècle comme suit : « La majorité des gens exercèrent une activité lucrative jusqu'au jour ou jusqu'à la veille de leur mort. (...) Avant d'être un vieillard, l'on était un homme ou une femme, riche ou pauvre, de profession intellectuelle ou manuelle, en bonne santé ou malade, veuf, célibataire ou marié, bénéficiaire ou non d'une rente viagère ou d'une « paie-morte »³¹.

³¹ Mottu-Weber L., *In* Heller G., 1994

Au XIXe siècle, la révolution industrielle bouleverse la vie et les moeurs des populations des pays européens. La Suisse, elle aussi, connaît alors des changements profonds.³² Les débats politiques et les discours administratifs de l'époque portent sur le rôle et les limites de l'action de l'Etat. Le problème essentiel est de réformer le système global d'assistance publique sans en faire un créateur de pauvreté. L'assistance aux personnes âgées va donc s'organiser autour de la discipline et de la sévérité, avec une fonction démonstrative et moralisatrice qui a vertu d'exemple. Il faut toutefois garder à l'esprit que la plupart des vieillards continuent à être assistés à domicile.

Avec l'Asile des vieillards du Petit-Saconnex (1849), une véritable maison de retraite voit le jour. Tout est prévu pour recevoir des personnes âgées un peu fortunées à la recherche d'un lieu où elles peuvent jouir tranquillement de leurs vieilles années. La création de cet établissement va de pair avec l'instauration d'une Société d'Assurance Mutuelle auprès de laquelle les usagers doivent avoir cotisé : « Nous n'insisterons que sur un point dont nous espérons les meilleurs fruits, c'est l'établissement d'une Société d'Assurance Mutuelle sur la vie, par laquelle chaque citoyen du canton pourra, moyennant de faibles contributions, acquérir un droit assuré pour ses vieux jours d'être reçu dans une maison. (...) La présence dans la maison de ces vétérans du travail sera un honneur pour elle et un exemple pour tous ; on sauvegardera ainsi mieux que par des bourses de charité la dignité des citoyens ». (Rentés genevoises, extrait d'un discours de James Fazy, 2003) On voit ainsi se développer deux formes de prise en charge des personnes âgées, celle destinées aux classes moyennes et celle des pauvres et indigents, celle des « bons » et des « mauvais » vieillards.

Les vieillards pauvres ou indigents sont pris en charge par l'Hôpital Général, puis par l'Hospice général qui le remplace. Ce dernier inaugure, en 1876, l'Asile d'Anières. Si l'assistance est une nécessité sociale inévitable, elle doit rester limitée, donner le plus de résultats avec le moins de moyens engagés, être rentable. La vieillesse dont on parle à Anières est la vieillesse misérable, dégradante, abandonnée, qu'on craint. L'asile doit rester un recours ultime pour des vieillards qui n'ont plus d'autres solutions. Il s'agit avant tout de surveiller, de contenir l'indigence, d'éduquer les masses populaires, de prévenir le paupérisme (Nussbaum N., in Heller G., 1994). Toutefois, la plupart des vieillards nécessiteux sont envoyés à la campagne dans des conditions souvent désastreuses : « Certes, en théorie, rien ne semble plus riant que d'envoyer les vieillards respirer l'air pur des champs ; mais en fait, cet air pur n'est souvent que l'air méphitique d'obscurs réduits qu'on leur donne pour habitation. Ils sont jetés en exil loin de leurs anciennes habitudes et connaissances, et, très souvent, ils deviennent le jouet des villages où on les confine. L'avidité spéculé encore sur le pain qu'ils reçoivent, et ils meurent souvent sans avoir eu les secours dont leur âge et leurs infirmités leur faisaient besoin. » (Rentés genevoises, extrait d'un discours de James Fazy, 2003)

En résumé, les premières structures pour personnes âgées sont créées au milieu du XIXe siècle : l'Asile des vieillards du Petit-Saconnex en 1849 et l'Asile d'Anières en 1876. Le choix

³² 24 mai 1847 : Naissance d'une nouvelle Constitution dont les principes fondamentaux sont toujours en vigueur aujourd'hui : représentativité politique, égalité religieuse, séparation des pouvoirs, élargissement de la nationalité genevoise.

proposé aux vieillards est simple : la prévoyance permet de s'assurer de vieux jours harmonieux en toute indépendance, sinon, pour ceux qui tombent à charge de l'assistance, c'est « l'enfermement » à Anières ou au pire, pour les plus mauvais cas, le recours « aux Violettes » (placement à la campagne). Mais l'asile n'est destiné qu'à une fraction de la population âgée, celle qui pose des problèmes au niveau collectif ; les autres doivent se prendre en charge eux-mêmes ou avec l'aide de leur famille (Nussbaum N, in Heller G., 1994).

1.2. Le XXe siècle

La création des institutions en gérontologie est donc ancienne mais progresse dans un premier temps à un rythme plutôt lent. Au cours du XXe siècle, nous pouvons distinguer quatre grandes phases.

La première se situe entre 1900 et 1959. Le paysage genevois mue en matière de prise en charge de la population âgée. Le canton se dote essentiellement de maisons de retraite de type privé (une quarantaine en tout). Il s'agit de petits établissements : des maisons familiales transformées pour héberger quelques personnes âgées. Le nombre de résidents est restreint. Le directeur (en règle générale infirmier de profession) est fréquemment le propriétaire de l'établissement dont il s'occupe. Toute personne possédant un brevet de cafetier peut, en principe, ouvrir une maison de retraite.³³ Ces maisons offrent avant tout de la nourriture, un logement et un minimum de prestations. Peu à peu ce type d'établissement a disparu ou s'est transformé pour répondre à des normes plus strictes.

Parallèlement, les premières grandes structures d'hébergement de Genève ouvrent leurs portes (tableau 1). Par ailleurs, divers services privés, associatifs, d'entraide, d'aide et de soins infirmiers se constituent dans le canton au cours de cette période. Parmi ces structures pionnières, nous pouvons citer la fondation des logements pour personnes âgées créée en 1930, le service social de la communauté israélite (1920), l'Avivo (1949) et aussi le service des sports (1950).

³³ Cette formation de cafetier, d'une durée de 3 semaines, était sommaire, la personne âgée et ses besoins, les notions telles qu'accueil et accompagnement en était absente. En 1967, l'Etat a rendu obligatoire la formation des directeurs de pension pour personnes âgées. Il s'agissait d'un premier pas vers une certaine professionnalisation du rôle de directeur de pension (« Certificat de maître de pension »). L'appellation a changé à plusieurs reprises pour devenir « directeur pour établissement médico-social » aujourd'hui. Le nombre d'heures a cru, la formation s'est étoffée.

Tableau 1 - Evolution des structures socio-gérontologiques dans le canton de Genève : données tirées de l'enquête quantitative³⁴

	Année	Hébergement		Domicile			
		EMS	Service hospitalier	Foyer de jour	Immeuble et soins à domicile	Organisations communautaires, sociales, culturelles, etc.	Club d'aînés
avant 1900	1856		1				
	1898		1				
1900-1959	1920					1	
	1921	2					
	1930				1		
	1932	1					
	1949					1	
	1950	1				1	
1960-1989	1960					2	
	1962	1				1	
	1964	1					
	1965					1	
	1967	1				1	1
	1968			1			1
	1969	1					
	1970		1			2	9
	1971	1					
	1972	1				1	
	1973	1					1
	1974	1				2	1
	1975					1	
	1976			2			
	1977				1		1
	1979	2				1	
	1980	1					1
	1981	2				1	1
	1982			2			1
	1984	1					
1985	1					1	
1986					2		
1987					1		
1988	1						
1989	1				1		
1990-1999	1990	1			2		
	1991	3		2			
	1992	1			2	1	
	1993	1			1		
	1995	1					
	1996				1	1	
	1997	1					1
	1998	1					
1999	1				1		
dès 2000	2000					1	
	2002				1		3
	2004					8	

Entre 1960 à 1989 se situe le deuxième temps fort de la politique du canton en faveur des aînés. Ces années sont caractérisées par le développement de la gérontologie et l'humanisation des institutions. A Genève, elles sont marquées plus particulièrement par la volonté des politiques de favoriser la construction des établissements médico-sociaux

³⁴ La classification des structures sera explicitée dans le chapitre suivant : « Eventail des structures »

(EMS). Le contexte y est favorable car dès le milieu des années 70, la Confédération accorde aux cantons des subventions par le biais de l'Office fédéral des assurances sociales (article 101 bis) pour la construction d'EMS et ceci jusqu'à 25% des frais. Le canton de Genève décide alors de développer la création de maisons de repos. En 1967, la loi Tzula définit les critères permettant d'obtenir les subventions cantonales pour la construction d'un EMS. Le secteur vit une forte expansion. Plus de la moitié des EMS (17 structures sur 31) de notre enquête sont construits durant cette période. Entre 1962 et 1969, le rythme est encore lent, quatre établissements sont inaugurés. Mais dès 1971, les chantiers se multiplient (la loi Tzula est entrée en vigueur en 1967). Jusqu'en 1979, il y a 6 nouveaux EMS qui ouvrent leurs portes, enfin entre 1980 et 1989, 7 réalisations voient le jour.

A cette époque, les premiers services d'activités de loisirs pour aînés et préretraités voient le jour. C'est ainsi qu'en 1960, les secteurs aînés de Caritas et du CSP proposent des programmes d'activités destinés aux seniors. Ce volet s'étend. Dès 1967 paraissent les clubs d'aînés. La plupart d'entre eux se créent entre la fin des années 70 et 1985. Dès 1962, notre échantillon met en évidence les premiers centres de loisirs. Les foyers de jour se profilent également avec l'ouverture à Anières des « 5 Colosses » en 1968.

Nous constatons donc d'un côté, l'éclosion des EMS et de l'autre côté, l'apparition massive d'activités de loisirs pour les aînés. Les structures intermédiaires, tels que les foyers de jour se développent. En 30 ans, 54% des structures qui constituent notre échantillon ont été mises sur pied (61 structures sur 113) !

De 1990 à 1999, une période de latence commence pour les EMS tandis que nous observons un développement important de la politique du maintien à domicile. Ce troisième temps fort est marqué par l'entrée en vigueur du moratoire sur la construction de tout nouvel EMS en juin 1992, et la votation de la loi sur l'aide et les soins à domicile. L'intention du Conseil d'Etat est de ralentir le développement des maisons de retraite en faveur du maintien à domicile : « Cette double action doit permettre à un plus grand nombre de personnes âgées de rester plus longtemps à domicile et stabiliser l'offre de lits en EMS. »³⁵ Ce moratoire sur les EMS fait rapidement sentir ses effets. La construction des EMS se ralentit fortement à partir de cette date pour s'arrêter définitivement dès 1999.

Parallèlement, un effort particulier est mis sur le développement des services d'aide et de soins à domicile. En janvier 1997, la loi sur l'aide à domicile est révisée pour favoriser la mise en place progressive de 22 centres d'action sociale et de santé (CASS) dans le canton. En 1999 est créée la Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD).

L'allongement de l'espérance de vie des personnes oblige l'Etat de Genève à revoir sa politique de logements en faveur des personnes âgées. Le 1^{er} janvier 1998 entre en vigueur la loi relative aux EMS (LEMS). Les enjeux majeurs de cette loi étaient d'une part la création d'une fédération regroupant l'ensemble des EMS genevois (Fédération Genevoise des Etablissements Médico-Sociaux, FEGEMS) dans le but de constituer un interlocuteur unique face à l'Etat, d'autre part la modification du financement des EMS (subventionnement direct, déplaçonnement des prestations complémentaires cantonales pour les personnes y résidant et quasi-fin de l'assistance publique pour ces dernières). En décembre 2000, le moratoire sur la construction d'EMS est levé et est suivi, en avril 2001, par l'adoption d'un programme de

³⁵ <http://www.geneve.ch/fo/2005/20050706.asp>

construction de nouveaux EMS, et, en juillet de la même année, de directives ouvrant la voie à la rénovation des établissements existants.³⁶

Avec le passage mythique vers le XXI^e siècle, nous arrivons à notre quatrième et dernière phase chronologique. Au niveau des structures de type hébergement, le moratoire prend fin en décembre 2000, mais il faut attendre sept ans avant l'ouverture de nouveaux EMS. Aujourd'hui, plusieurs projets sont en cours et trois inaugurations ont d'ores et déjà pu être célébrées en 2007. La modification de la politique de l'aide à domicile entraînant la mise en place des CASS continue à mobiliser les professionnels et les politiques publiques. Dans son sillage, les communes se réorganisent. La Ville de Genève, par exemple, restructure totalement son Service social en mettant en place les Unités d'Action Communautaire de proximité (UAC) dès 2003-04.

Pour résumer, nous pouvons constater que la politique sociale et institutionnelle du canton de Genève a traversé plusieurs étapes marquantes durant le siècle passé.

La première date clé est la fin du XIX^e siècle. Les premières structures pour personnes âgées voient le jour, construites sur le modèle hospicial et asilaire dont la mission première est l'assistance aux orphelins, aux incurables de tous âges, aux infirmes et aux vieillards qui en réalité étaient de véritables mouroirs (Badey-Rodriguez C., 1997).

Entre le début du XX^e siècle et 1960, les services d'aide et de soins ainsi que les maisons de retraite ou de repos naissent progressivement dans le canton. Il s'agit avant tout de petites structures de type familial.

De 1960 à 1990, le réseau socio-gérontologique, comme nous le connaissons encore aujourd'hui, se met en place. S'agissant des structures d'hébergement, on assiste à une modification de la vision de la prise en charge des personnes âgées qui se traduit par la disparition progressive des hospices et leur transformation en maisons de retraite (Vercauteren, 2002). Les raisons principales du placement en institution évoluent également : du motif d'indigence, on passe à des raisons de santé ou de solitude. La demande de placement en établissement provient de tous les milieux sociaux. La vieillesse se voit reconnue en tant que catégorie sociale singulière, l'amélioration sensible de la situation économique des plus âgés aidant. C'est durant cette même période (1960 – 1990) que se répand également la notion de loisirs. Les clubs d'aînés se mettent en place ; le choix est d'abord timide mais se multiplie et se développe à grande vitesse. Dès le milieu des années 70, sous l'impulsion de la Confédération, la construction d'EMS prend son envol.

A partir des années 1990, on assiste à une accalmie : la construction de nouveaux EMS est freinée par l'introduction d'un moratoire, la création de nouvelles structures dans le champ du domicile ralentit. Dans l'espoir de diminuer les coûts de la santé, la politique du maintien à domicile est encouragée. Nous observons une volonté de regrouper les institutions du domicile existantes et d'homogénéiser leur offre (création de la FSASD).

L'année 2000 constitue notre dernière date butoir, sous la pression de l'allongement de la vie, le moratoire sur les EMS est aboli. Le canton manque cruellement de places d'hébergement, une nouvelle impulsion est alors donnée à ce secteur.

³⁶ <http://www.geneve.ch/fo/2005/20050706.asp>, op. cit.

2. Eventail des structures

Le réseau socio-gérontologique genevois se caractérise par une grande diversité de structures que nous avons classées en nous basant sur la typologie développée par Du Pasquier (1995), et repris par Cavalli (2002). Dans un premier temps, nous décrivons la typologie choisie ainsi que les diverses catégories institutionnelles qui la composent. Dans un deuxième temps, nous explicitons la construction de l'échantillon de notre étude, les difficultés rencontrées, les adaptations et les choix à faire tout au long de ce processus. Dans un troisième temps, nous présentons les différentes structures qui forment notre échantillon.

Pour classer les différentes structures d'aide et de services existantes à Genève, nous avons opté pour une distinction entre structures de type hébergement et celles relevant du domicile. Il s'agit de deux formes de prises en charge, la première en placement institutionnel et la seconde axée sur le maintien à domicile. Cette catégorisation a été proposée par Du Pasquier (1995). Elle se fonde sur les différents « besoins de la population âgée en matière socio-sanitaire ». Seuls les secteurs publics et para-publics ainsi que « les établissements et les services de droit privé reconnus d'utilité publique et dont le fonctionnement dépend de manière significative d'un financement direct ou indirect des collectivités publiques » y sont pris en compte. « Cette définition laisse de côté les cliniques privées dans le secteur de l'hébergement, les activités ambulatoires privées dans le secteur du domicile » (Du Pasquier, 1995).

Cette typologie bipolaire est reprise et affinée par Cavalli (2002). Au niveau des structures d'hébergement, on distingue deux entités : les services hospitaliers et les établissements médico-sociaux (EMS). Au niveau du pôle regroupant les organismes de type domicile, il définit quatre sous-ensembles : l'aide à domicile, les foyers de jour, les unités d'accueil temporaire et finalement les immeubles pour personnes âgées.

Nous avons modifié la typologie afin de l'adapter au mieux au contexte genevois. D'une part, nous avons ajouté trois nouvelles catégories à la classification de type domicile :

- les clubs d'aînés,
- les organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs (maisons de quartiers et centres de loisirs, unités d'action communautaires et organisations de soutien et de défense des aînés, services sportifs, institutions de formation et résidences de vacances),
- les organismes d'assurances sociales.

D'autre part, nous avons omis les unités d'accueil temporaire (UAT) puisqu'elles font partie des établissements médico-sociaux.

Le tableau ci-dessous présente les différents types d'institutions que l'on trouve dans le réseau socio-gérontologique genevois.

Tableau 2 : Schéma type du réseau socio-gérontologique genevois

Hébergement		Domicile	
Service hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> - hôpitaux et cliniques - hôpitaux de gériatrie - psycho-gériatrie 	Aide à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - services d'aide et de soins - sécurité - repas
Etablissement médico-social	EMS	Immeubles avec encadrement social pour personnes âgées	
		Foyers de jour	
		Clubs d'aînés	
		Organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs	<ul style="list-style-type: none"> - maisons de quartier et centres de loisirs - unités d'action communautaires et autres services - organisation de soutien et de défense des aînés - services sportifs - institutions de formation - résidences de vacances
		Organismes d'assurances sociales	

Nous décrivons, ci-après, les diverses catégories institutionnelles qui composent le réseau socio-gérontologique genevois.

2.1. Structures de type hébergement

Le premier type de prise en charge que nous avons repéré est donc de type « hébergement » qui comprend les services hospitaliers et les EMS. Ci-dessous, nous passons les deux catégories en revue.

2.1.1. Les services hospitaliers

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) « représentent l'un des plus importants groupes hospitaliers suisses. Leur mission est définie par la loi (K2 05) : « diagnostic et traitement des malades, formation et recherche, prévention, aide aux malades sur le plan social, soins palliatifs dispensés aux patients selon une approche globale. »³⁷ Depuis 1995, les hôpitaux publics sont organisés en douze départements médicaux et découpés en quatre secteurs : le Département de psychiatrie, le Département de réhabilitation et gériatrie, le Département médical de Loëx et l'Hôpital Cantonal (HC). Ils dépendent d'un conseil d'administration unique.

³⁷ http://www.hug-ge.ch/hug_enbref/mission.html

Les services hospitaliers ne sont pas spécifiquement destinés aux personnes âgées : néanmoins une grande partie de leur clientèle se compose de cette population. En 2004, 2'642 personnes en moyenne par jour sont hébergées dans les hôpitaux et cliniques du canton, dont la moitié (50%) est âgée de 65 ans ou plus. « Cette tranche d'âge est nettement surreprésentée parmi les personnes hospitalisées, puisqu'à fin 2004, les personnes âgées de 65 ans ou plus ne représentent que 14% de l'ensemble de la population résidente du canton. Les institutions dans lesquelles la part de patients âgés de 65 ans ou plus est la plus élevée, sont le Département de gériatrie (98%), Joli-Mont (84%) et Loëx (65%) ; pour l'Hôpital Cantonal, cette part s'élève à 39%. »³⁸

Dans le cadre de notre enquête, nous avons envoyé un questionnaire au Département de réhabilitation qui comprend le CESCO (CEntre de Soins CONTinus) et le Service de gériatrie ainsi qu'au Département médical de Loëx. Au sein des HUG, nous avons également pris contact avec le Département de médecine communautaire et de premier recours qui comprend l'Unité de gériatrie communautaire (ex Poliger). Cette unité intervient sur les 22 secteurs socio-sanitaires de Genève et possède deux sites : Platanes et Campagne. La Clinique Joli-Mont faisait aussi partie de notre public cible.

2.1.2. Les établissements médico-sociaux (EMS)

En 2006, le canton de Genève compte 52 EMS reconnus au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Ils assurent chaque année près de 1'200'000 journées d'hébergement à plus de 3000 personnes en âge AVS, hommes, femmes et couples³⁹. Ils accueillent avant tout des seniors pour des séjours temporaires (UAT) ou durables et dont l'état de santé, physique ou mentale, sans justifier un traitement hospitalier, exige des aides, des contrôles ou des soins.⁴⁰

Les EMS genevois sont soumis à une loi, la J 7 20 (LEMS) qui définit « l'organisation générale et la surveillance des établissements médico-sociaux, les conditions de délivrance des autorisations d'exploitation et d'octroi des subventions d'investissement et de fonctionnement, la composition et les compétences de la commission cantonale des établissements médico-sociaux. »⁴¹ Les EMS sont ainsi placés sous la responsabilité d'un directeur et d'un médecin-répondant. L'Etat subventionne tant la construction que la rénovation des établissements ainsi que leur fonctionnement ; en contrepartie, il exerce une fonction de surveillance notamment pour veiller à la qualité des soins.

Les établissements médico-sociaux subventionnés par l'Etat sont regroupés depuis 1998 au sein de la Fédération Genevoise des EMS (FEGEMS). La FEGEMS est une association professionnelle qui ne poursuit aucun but lucratif. Elle représente les EMS auprès des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et de diverses autres instances. Elle travaille en

³⁸ OCSTAT, Personnes âgées dans le canton de Genève. Prise en charge et prestations sociales, Genève, Juillet 2007

³⁹ <http://etat.geneve.ch/info-ems/ui/Accueil/BdeUiAccueil.jsp?idMenu>

⁴⁰ J 7 20 : loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (LEMS)

⁴¹ http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_J7_20.html

coordination avec le réseau socio-sanitaire du canton afin d'améliorer la prise en charge de la personne âgée.⁴²

2.2. Structures de type domicile

Au niveau des structures de type « domicile », il existe une grande variété d'organisations différentes. Nous les avons regroupées en six catégories différentes : l'aide et soins à domicile, les immeubles avec encadrement social, les foyers de jour, les clubs d'aînés, les organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs ainsi que les organismes d'assurances sociales.

2.2.1. L'aide et soins à domicile

Au cours de ces dix dernières années, le canton de Genève a fortement encouragé le développement de l'aide et des soins à domicile. La loi sur l'aide à domicile (LADom), du 16 février 1992, en témoigne. Elle « définit l'aide à domicile comme une activité ambulatoire qui s'adresse à des personnes dont l'état de santé, physique ou mentale, exige des soins, des contrôles ou des aides, temporaires ou durables. Dans son cadre légal, l'aide à domicile comprend les traitements et les soins prescrits par un médecin, les soins infirmiers et corporels, les tâches d'économie ménagère, les prestations des services sociaux ainsi que les actions de prévention et d'éducation pour la santé. »⁴³

En 1999, le domaine de l'aide et des soins à domicile se restructure en regroupant plusieurs services actifs dans le domaine en une seule entité : la Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD).

Parallèlement, un nouveau modèle d'organisation voit le jour avec la mise en place des Centres d'Action Sociale et de Santé (CASS). Le 1^{er} janvier 2002, la loi sur les CASS (LCASS) entre en vigueur. Répartis sur l'ensemble du canton, les 22 CASS assurent un service de proximité à la population dans les domaines de la santé et du social. Ils regroupent et intègrent les différentes activités des services publics et privés d'aide sociale, d'aide et de soins à domicile et offrent les prestations suivantes : l'aide pratique et les soins à domicile (assurés par la FSASD) ; l'action sociale individuelle (assurée par l'Hospice général) ; l'action sociale communautaire de proximité (assurée par les communes).⁴⁴

Les prestations de la FSASD comprennent quatre volets :

- l'aide (entretien du ménage et du linge, grands nettoyages, courses, accompagnement chez le médecin, etc.),
- les soins de base (hygiène corporelle, habillage, bandage des jambes, ...) ainsi que les soins infirmiers et l'ergothérapie,
- les repas (livraison de repas à domicile, conseils en diététique) et
- la sécurité (installation d'appareils de sécurité et de systèmes de signalisation lumineuse reliés au téléphone, mise à disposition de bracelets émetteurs).⁴⁵

⁴² <http://www.fegems.ch>

⁴³ <http://www.geneve.ch/statistique/publications/pdf/2007/analyses/an-ed-2007-44.pdf>

⁴⁴ <http://etat.geneve.ch/dass/site/dgcass>

⁴⁵ <http://www.geneve.ch/statistique/publications/pdf/2007/analyses/an-ed-2007-44.pdf>

Fin 2004, sur les 9'642 bénéficiaires des services de la FSASD, la grande majorité des personnes (81%) est âgée de 65 ans ou plus, et la moitié (51%) a atteint ou dépassé 80 ans à la date du relevé.⁴⁶

2.2.2. Les immeubles avec encadrement social pour personnes âgées

Les immeubles avec encadrement social pour personnes âgées (anciennement D2) font partie de la politique globale du canton en termes de logement des personnes âgées et du maintien à domicile. Ils ont été construits par l'Etat de Genève, par des communes ou par des fondations privées avec l'aide du canton et de la Confédération. Il existe actuellement dans le canton 17 immeubles avec encadrement social pour personnes âgées, lequel est assuré dans la majorité des cas par la FSASD, et 14 « autres logements » pour les aînés.

Ces structures se situant entre le domicile privé et l'institution d'hébergement sont principalement destinées à des personnes en âge AVS, capables d'accomplir les actes de la vie quotidienne. Les personnes en âge non AVS souffrant d'un handicap (psychique ou physique) peuvent également être admises comme locataires après obtention d'une dérogation.⁴⁷ Les personnes sont locataires de leur logement tout en ayant, dans la plupart des cas, un encadrement à disposition sur place.

« Les immeubles sont constitués de logements indépendants, ainsi que de locaux communs pour différentes activités d'animation. Conçus sans barrières architecturales, ils sont équipés d'un système d'appel individuel et assurent une permanence nocturne (veilleur de nuit). De plus, une aide sociale est fournie, ainsi qu'une intendance pour les achats, les dépannages pratiques et l'accompagnement des personnes handicapées. Une animation socioculturelle est également proposée aux locataires. »⁴⁸

2.2.3. Les foyers de jour

Les foyers de jour genevois ont été mis en place dans différents secteurs du canton et de la ville pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Il s'agit de lieux de vie sécurisants qui accueillent durant la journée jusqu'à 15 aînés vivant seuls ou avec leur entourage. Le choix du foyer s'effectue en fonction du domicile de la personne intéressée. Actuellement, le canton compte 7 foyers de jour (100 places autorisées) dont un, le relais Dumas, est spécialisé dans l'accueil des personnes atteintes de maladies de type Alzheimer. Chaque foyer est au bénéfice d'une autorisation d'exploiter délivrée par le Département de l'Action Sociale et de la Santé (DASS).

La mission des foyers de jour est clairement axée sur le soutien à domicile des personnes âgées en s'inspirant des objectifs suivants : viser à rompre l'isolement et favoriser de nouvelles relations et activités ; aider à surmonter une période difficile de la vie sur le plan affectif et/ou de la santé ; retarder ou écourter une hospitalisation ou encore familiariser à la

⁴⁶ <http://www.geneve.ch/statistique/publications/pdf/2007/analyses/an-ed-2007-44.pdf>, op. cit.

⁴⁷ Ibid

⁴⁸ Ibid

vie communautaire les personnes âgées qui pourraient, un jour, être accueillies dans un EMS.⁴⁹

Ces lieux regroupent divers professionnels médico-sociaux. « Il n'y a pas de frontières nettes entre soins et animations : ils offrent, par exemple, des petits déjeuners, dîners et goûters ou proposent des activités socioculturelles, afin de développer le mieux-être de chacun, tout en respectant son autonomie » (Cavalli, 2002).

2.2.4. Les clubs d'aînés

Les 41 clubs d'aînés que compte le canton de Genève actuellement offrent des prestations socioculturelles et de loisirs aux retraités du quartier ou de la commune. Ils sont regroupés dans l'association faîtière, la Fédération Genevoise des Clubs d'Aînés (FGCA).⁵⁰

Les clubs d'aînés sont des associations à but non lucratif composées d'un comité de bénévoles. Ils poursuivent l'objectif de permettre aux aînés de rester actifs et bien intégrés dans la collectivité en proposant de nombreuses activités, telles que repas, fêtes, jeux, excursions, visites d'expositions, etc. Ces actions s'inscrivent elles aussi dans une politique de prévention et de qualité de vie qui favorise le maintien à domicile et la lutte contre l'isolement des personnes retraitées.

Les communes mettent à leur disposition des locaux, du matériel, parfois même une aide financière sous forme de subvention annuelle. Les bénévoles peuvent bénéficier si besoin d'un appui et d'un soutien de professionnels du travail social. Les clubs d'aînés des communes périphériques peuvent faire appel aux personnels du CAD (Centre d'animation pour retraités qui dépend de l'Hospice général), tandis qu'en Ville de Genève, ils peuvent compter sur les animateurs du Service social de leur quartier.

La nouvelle loi sur les CASS (2002) a entraîné une modification profonde de la mission des services sociaux de la Ville de Genève et par conséquent du fonctionnement des clubs d'aînés. Si les clubs de la ville se trouvaient auparavant sous la responsabilité d'un animateur professionnel, ces derniers ont été appelés, au courant des années 2003/04, à quitter les associations et rejoindre les UAC.

2.2.5. Les organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs

Sous cette dénomination, nous avons regroupé un certain nombre de structures offrant des prestations culturelles et de loisirs, d'appui et d'information, de sports et de vacances. Elles ne s'adressent pas toutes exclusivement aux aînés mais sont la plupart du temps ouverts à un public hétérogène.

- **Maisons de quartier et centres de loisirs⁵¹** : les centres de loisirs, maisons de quartier, terrains d'aventures, jardins Robinson établis sur le canton de Genève sont regroupés au sein de la Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle (Fas'e).

⁴⁹ http://www.geneve.ch/social/ocpa/foyer_de_jour

⁵⁰ http://www.seniors-geneve.ch/association_fiche

⁵¹ <http://www.fase-web.ch>

Les 37 centres ont pour mission de favoriser le renforcement du tissu social, la rencontre, l'échange et la solidarité, dans un objectif général de prévention.

Les premiers centres de loisirs du canton sont apparus en 1963 déjà, mais ce n'est qu'en 1977 que le Conseil d'Etat met en place la «Commission cantonale des centres de loisirs et de rencontres» regroupant les partenaires : Etat, communes, associations, syndicats. De 1963 à 1998, les centres passent progressivement de l'aventure à l'institutionnalisation. La création de la Fondation par le Grand Conseil le 15 mai 1998 en est la dernière étape.

Chaque centre est organisé en association et possède son équipe de professionnels : les animateurs, les moniteurs, le personnel administratif et technique.

Les centres sont des espaces de rencontres conviviaux ouverts sur le quartier et la commune. Les programmes des centres s'adressent prioritairement à un public d'enfants et d'adolescents (activités pour les enfants et les jeunes après l'école, pendant les jours de congé, les vacances, le soir ou durant les week-ends), mais ils offrent aussi des activités et des espaces de rencontres pour tout public dans le but de créer des réseaux de contacts et contribuer à renforcer le tissu social (cours et stages, expositions, conférences, concerts, théâtre, semaines thématiques, fêtes de quartier, etc.). Certains centres ont des activités spécifiquement pour les aînés, d'autres les intègrent dans leurs manifestations communautaires.

- **Unité d'Action Communautaire (UAC) et autres services** : suite à l'adoption par le Grand Conseil genevois de la nouvelle loi sur les Centres d'action sociale et de santé en septembre 2001, la Ville de Genève a entièrement restructuré son Service social en privilégiant l'action communautaire de proximité. C'est ainsi que les unités d'action communautaire ont vu le jour. En février 2004, toutes les équipes UAC étaient en action dans les 8 secteurs CASS de la Ville.

La mission des UAC porte tout particulièrement sur l'amélioration de la qualité de vie du quartier et le renforcement des liens sociaux entre habitants ; ainsi l'accent est mis sur la participation des habitants et le soutien aux initiatives locales. Les professionnels tentent de répondre aux besoins socio-sanitaires de toutes les catégories de la population : jeunes, adultes et personnes âgées.

Chaque UAC propose une palette d'activités à l'intention des aîné-e-s, lesquelles « visent avant tout à lutter contre l'isolement des personnes âgées ou à leur délivrer des conseils et des messages de prévention. »⁵²

Nous avons également comptabilisé dans cette rubrique toutes les structures se définissant comme prestataires d'actions collectives et communautaires.

- **Organisation de soutien et de défense des aînés** : Genève compte un certain nombre d'organisations à disposition des personnes âgées et de leur entourage. Elles offrent conseil et renseignement en matière de droit social, elles répondent aux questions relatives aux assurances sociales, au logement, aux pensions et peuvent apporter un appui pour les démarches administratives et sociales. Certaines d'entre elles organisent également des activités de loisirs (excursions, voyages, spectacles,

⁵² <http://w3public.ville-ge.ch/soc/uac.nsf>

repas d'amitié, chorale, pétanque, etc.). Ces organisations oeuvrent ainsi à l'amélioration générale des conditions de vie des retraités et à la valorisation de leur potentiel d'expérience. Des actions d'information et des cycles de conférences complètent le tableau d'intervention de ces institutions.

- **Services sportifs, institutions de formation, résidences de vacances et autres structures culturelles ou de loisirs :** le canton de Genève peut s'appuyer sur de nombreux organismes proposant des activités sportives (gymnastique seniors, service des sports de la Ville de Genève, etc.), de formation (université de 3e âge, etc.) et culturelles (conteurs de Genève, association lecture et compagnie, etc.) à ses aînés. Les retraités peuvent également bénéficier de trois maisons de vacances accueillant en toutes saisons des personnes âgées pour des séjours de vacances.⁵³

Dans le cadre de notre étude, nous avons contacté l'ensemble de ces organisations. Leur participation ayant été faible, nous avons pris la décision de ne pas approfondir l'examen de ces structures.

2.3. Organismes d'assurances sociales

Au niveau des organisations intervenant auprès de la personne âgée, il ne faut pas oublier les institutions étatiques d'assurances sociales. La caisse cantonale genevoise de compensation - AVS (CCGC), la caisse suisse de compensation et l'office cantonal des personnes âgées en font partie.

Bien qu'ayant été sollicitées, ces institutions nous ont répondu qu'ils ne dispensaient aucune activité d'animation.

2.4. Conclusion

En conclusion de ce bref parcours institutionnel, nous constatons que le réseau socio-gérontologique du canton de Genève se compose d'un nombre important de structures fort diversifiées et complexes, qui couvrent un large champ des besoins et attentes socio-sanitaires de la population âgée.

3. Elaboration de l'échantillon

Le 15 novembre 2006, nous avons envoyé 204 questionnaires aux différentes structures genevoises intervenant auprès de la personne âgée. En effet, le réseau socio-gérontologique genevois est composé de 62 structures d'hébergement et de 142 organismes dont les usagers vivent à domicile. Nous nous sommes basés sur le répertoire d'adresses du guide social et pratique « La clé » édité par l'Hospice Général.⁵⁴

Nous avons reçu en retour 125 questionnaires, soit un taux de réponses de 61%. Douze questionnaires n'ont pas pu être validés pour les raisons suivantes :

⁵³ La Clé. Guide social et pratique, Genève, Hospice général, Edition 2005/06

⁵⁴ Sur plus de 300 pages, ce document de référence liste l'ensemble des structures et organismes du réseau socio-sanitaire du canton de Genève

- 8 organisations nous ont retourné le questionnaire sans y répondre car elles ne proposaient pas d'activités d'animation ;
- 4 enveloppes nous sont revenues, la structure étant inconnue à l'adresse indiquée, ayant déménagé ou cessé son activité.

Au final, 113 questionnaires ont été saisis dans la base de données SPSS, représentant 55,4% de l'ensemble des structures contactées.

Dans la perspective d'obtenir une photographie la plus précise possible de l'animation auprès de la personne âgée à Genève, nous avons adressé notre courrier individuellement à chacune des organisations du réseau socio-gérontologique. Malheureusement, certaines grandes entités ont pris l'option de répondre pour l'ensemble de leurs structures. C'est le cas des Hôpitaux Universitaires de Genève qui ont concentré sur un même formulaire les entités du Cesco, de Trois Chêne et de Loëx. Le Service social de la Ville de Genève nous a retourné deux questionnaires rassemblant d'une part leurs dix clubs d'aînés⁵⁵ et d'autre part les huit Unités d'Action Sociale communautaire et de proximité (UAC).⁵⁶ La troisième et dernière entité ayant fourni une réponse collective est la Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD). Elle nous a renvoyé un questionnaire pour les 19 immeubles avec encadrement social qu'elle gère.⁵⁷

Les formulaires groupés nous ont posé un sérieux problème tout au long de l'analyse des données statistiques dans la mesure où ils ne reflètent pas la particularité de chacune des structures ni l'hétérogénéité et la diversité de l'offre de ces grands ensembles. Ils représentaient également une difficulté de traitement statistique des données et de représentativité de l'échantillon. Pour cette raison, nous avons reconstitué, autant que possible, à partir des données groupées, les données correspondant à chacune des unités regroupées. Pour certaines questions ce ne fût pas possible, nous les avons alors traitées en tant qu'entité unique ou comme non réponse. Nous le signalerons dans notre rapport.

La distribution des réponses est représentée dans le tableau ci-dessous :

⁵⁵ Liste des clubs d'aînés de la Ville de Genève : Acacias, Asters, Pâquis « Amat-Buis-Rothschild », Grottes « Les Cèdres », Champel « Riant-Soleil », Malagnou-Soleil, Seujet « Au fil du Rhône », Eaux-Vives, Plainpalais « Roseraie-Minoteries », Vieusseux « L'Oasis »

⁵⁶ Unités d'Action Communautaire de la Ville de Genève : Champel, Eaux-Vives, Grottes, Jonction, Pâquis, Plainpalais-Acacias, St-Jean / Charmilles, Servette / Petit-Saconnex

⁵⁷ La FSASD gère les immeubles suivants : Ansermet, Arc en Ville, Arénières, Avanchets, Bernex, Carouge-centre, Chapelly, Chêne-Bourg, Chevillarde, Florimontaine, Franchises, Jumelles, Lignon, Onex, Palettes, Reposa, Rasses, Champs-Frêchets, Libellules

Tableau 3 – Distribution des réponses en fonction des différentes structures du réseau socio-gérontologique genevois

Structures de type « hébergement »	Population cible	Echantillon		
		Nombre de structures	Nombre de structures avec animation	Nombre de questionnaires reçus (certaines réponses groupées)
EMS	52	33	33	33
Service hospitalier*	10	5	4	2
Sous-total	62	38	37	35

Structures de type « domicile »				
Aide à domicile	4	3	0	0
Immeuble avec encadrement social pour personnes âgées*	30	22	22	4
Foyer de jour	7	5	5	5
Club d'aînés*	41	21	21	12
Maison de quartier et centre de loisirs	21	6	4	4
Unité d'action communautaire et autres services*	18	15	14	7
Organisation de soutien et de défense des aînés	12	1	1	1
Service sportif, institution de formation, résidence de vacances	6	2	1	1
Organisme d'assurances sociales	3	0	0	0
Sous-total	142	83	75	34
Total effectifs	204	113	105	69

* Parmi ces catégories, certaines structures nous ont renvoyé des formulaires groupés (cf. explication ci-après)

Ce tableau présente dans la première colonne, les différentes catégories de structures qui composent le réseau socio-gérontologique genevois. La « population cible » fait référence au nombre d'institutions de chaque catégorie de structure que nous avons contacté. L'« échantillon », par contre, comprend l'ensemble des organismes ayant répondu à l'enquête. Il constitue notre base de données. Au niveau de cet échantillon, nous distinguons trois sous-ensembles : le premier chiffre « le nombre de structures » sur lesquelles nous avons reçu des informations. Certaines de ces institutions ne possèdent pas d'activités d'animation spécifiques pour les aînés ; elles n'ont donc répondu qu'à la première partie de notre questionnaire qui posait des questions générales sur l'organisation, le fonctionnement et le rôle de l'institution. La colonne suivante recense les lieux avec animation auprès de la personne âgée. La dernière colonne énumère le « nombre de questionnaires reçus » sachant que certains fournissaient des informations globales sur plusieurs structures.

Concernant la distribution des réponses, nous pouvons dire que les EMS ont massivement participé à notre enquête avec deux tiers des questionnaires dûment remplis (33 structures sur 52). En ce qui concerne les structures du domicile, les catégories les mieux représentées, avec un taux de répondants supérieur à 50%, sont : les services communautaires (12 questionnaires sur 18), les immeubles avec encadrement (22 questionnaires sur 30), les foyers de jour (5 questionnaires sur 7), les clubs d'aînés (23 questionnaires sur 41) et les services d'aide et soins à domicile (3 questionnaires sur 4). Il apparaît cependant que la participation est faible parmi les maisons de quartier et les centres

de loisirs. Elle est nulle en ce qui concerne les organismes d'assurances sociales : il s'agit surtout d'institutions ne s'adressant pas spécifiquement aux aînés ou n'appartenant pas au champ de l'animation socioculturelle.

Par ailleurs, nous avons adressé le questionnaire aux diverses directions des organismes du réseau socio-gériatrique. Il a reçu un très bon accueil. Dans un tiers des cas (36 structures sur 113), les directeurs ont répondu eux-mêmes au sondage ou ont participé à la récolte des données. A 19 reprises, c'est le service d'animation qui a rempli le formulaire. La diversité des structures ainsi que la multiplicité des professionnels de ce champ d'intervention se reflètent à travers les 56 réponses fournies par d'autres corps de métiers tels qu'infirmiers, administrateurs, conseillers en action communautaire, gérant social, membre du comité, etc. Cette variabilité concerne principalement les structures de type domicile.

S'agissant des EMS genevois, nous constatons que plus de la moitié des directions des EMS ont participé à cette enquête et un questionnaire sur deux a transité par le service d'animation de ces lieux de vie (tableau 4).

Tableau 4 – Type de répondants dans les EMS

Direction	Animation	Direction & Animation	Autres		Non réponse	Total
			Adjoint	Infirmier		
13	8	7	1	2	2	33

Pour terminer cette présentation de l'échantillon, nous tenons à spécifier qu'au moment de la construction du questionnaire, nous sommes partis de l'a priori que dans chaque structure il existe au moins un professionnel du domaine santé-social. Très rapidement, nous nous sommes rendus compte que certaines structures tels que les clubs d'aînés fonctionnaient uniquement sur la base du bénévolat. Nos questions étaient donc peu adaptées à ce public. Pour pallier à ce manque, nous avons dû, dans un second temps, adapter notre questionnaire à leur réalité de terrain. Plusieurs professionnels nous ont également fait remarquer que les questions s'adressaient davantage à des institutions qu'à des structures associatives. Il est vrai que notre enquête devait dans un premier temps porter sur l'animation dans les lieux d'hébergement avant d'être élargie à l'ensemble des structures intervenant auprès du public âgé.

Nous constatons que les partenaires professionnels du réseau socio-gérontologique ont participé avec intérêt et en grand nombre à notre enquête. Les réponses sont de qualité et fournissent des informations et renseignements riches et constructifs. Ce sont principalement les institutions offrant des prestations dans le domaine de l'animation auprès des personnes âgées qui ont répondu à notre questionnaire tels que les EMS, les foyers de jour, les clubs d'aînés, etc. Nous supposons que les structures qui n'ont pas collaboré ne possèdent pas de secteur d'animation (p.ex. les organismes d'assurances) ou n'interviennent pas spécifiquement auprès des personnes âgées (p.ex. les maisons de quartier ou les unités d'action communautaire).

4. Description des caractéristiques des institutions ayant participé au sondage

Après avoir présenté les différentes catégories institutionnelles qui ont participé à notre enquête, nous allons, dans ce chapitre, passer en revue leurs principales caractéristiques. Nous aborderons autant les questions relatives à leur statut et à leur taille que des sujets en lien avec les prestations offertes, les publics accueillis ainsi que les professionnels intervenant dans ces structures.

4.1. Statut

Les organisations intervenant auprès de la personne âgée dans le canton de Genève se caractérisent par une forte hétérogénéité de structures. Cette variété se reflète dans les différents statuts juridiques en présence. Il existe aussi bien des associations à but non lucratif que des fondations de droit privé ou public ainsi que des sociétés anonyme ou à responsabilité limitée.

Parmi les organismes ayant répondu à notre enquête, 44 institutions représentent des structures associatives (tableau 5). Nous comptons également dans notre échantillon 35 fondations de droit privé. Les autres structures se répartissent entre les fondations de droit public ainsi que les sociétés à responsabilité limitée (SARL) et les sociétés anonymes.

Tableau 5 – Statut juridique des structures de type « hébergement » et de type « domicile »

	Total
Fondations de droit privé	35
Associations	44
Sociétés à responsabilités limitées (S.A.R.L.)	7
Fondations de droit public	18
Sociétés anonymes	6
Sous-total	110
Non réponse	3
Total effectifs	113

C'est parmi les EMS que nous comptabilisons le plus de variété au niveau des statuts juridiques (tableau 6). Nous sommes en présence de cinq sortes de statuts différents. Les statuts juridiques prédominants dans les EMS sont la fondation de droit privé⁵⁸ avec un peu moins d'un tiers des structures (10 structures sur 33) ainsi que les associations⁵⁹ avec un peu plus d'un quart des établissements (9 structures sur 33). Nous constatons donc que plus de la moitié des EMS possèdent une organisation de type fondation de droit privé ou associatif.

⁵⁸ La « fondation » (article 80 et suivants du code civil suisse) est un organisme de droit privé auquel, par dons, donation ou legs, une ou plusieurs personnes physiques ou morales, consacrent des biens ou des droits mobiliers ou immobiliers en vue de les affecter à une action sans but lucratif de type culturel, pédagogique, scientifique ou de bienfaisance. Ces biens ou ces droits constituent un ensemble que l'on dénomme « patrimoine d'affectation ». La reconnaissance de l'« utilité publique », permet à la fondation de jouir de la personnalité morale, elle peut alors accomplir tous les actes de la vie civile qui ne sont pas en contradiction avec l'objet qu'elle poursuit.

⁵⁹ L'association poursuit également un but non lucratif. Il s'agit d'une organisation corporative. « Les associations politiques, religieuses, scientifiques, artistiques, de bienfaisance, de récréation ou autres qui n'ont pas un but économique acquièrent la personnalité dès qu'elles expriment dans leurs statuts la volonté d'être organisées corporativement » (Article 60 et suivants du code civil suisse).

Tableau 6 – Statut juridique des EMS genevois

	Total
Fondations de droit privé	10
Associations	9
Sociétés à responsabilité limitées (S.A.R.L.)	6
Fondations de droit public	3
Sociétés anonymes	5
Total	33

4.2. Taille des institutions

La taille et donc l'importance d'une institution se caractérisent, entre autre, par le nombre de personnes qu'elle peut accueillir dans ses murs, par son budget de fonctionnement ou encore comme c'est le cas des structures d'hébergement, par le nombre de lits qu'elles offrent.

4.2.1. Le nombre de personnes accueillies

Le nombre de personnes accueillies par les différentes organisations varie très fortement. Nous pouvons relever que moins d'un quart des structures contactées (25 structures sur 113) compte jusqu'à 50 usagers au cours de l'année 2005. Presque la moitié des établissements (52 structures sur 113) intervient auprès de 50 à 200 personnes, le dernier quart des institutions (24 structures sur 113) prend en charge 200 usagers ou plus. Cette large fourchette s'explique par la diversité des organismes faisant partie du réseau gérontologique genevois. Nous avons dans notre échantillon aussi bien les hôpitaux universitaires de Genève avec plus de 40'000 patients que des EMS comprenant moins de vingt-cinq résidents. Il importe de retenir que la moitié des institutions possède une capacité d'accueil variant entre 0 et 100 personnes.

Quant aux EMS genevois, la capacité d'accueil varie entre 15 et 300 résidents. La moitié des établissements (17 structures sur 33) héberge jusqu'à 75 personnes (tableau 7). Quatorze EMS admettent entre 76 et 150 seniors. Seuls deux EMS ont une capacité d'accueil au-dessus de 150 lits. Nous avons d'un côté des petites structures avec moins de 50 personnes (10 structures sur 33) et de l'autre côté des institutions de taille moyenne allant de 55 à 115 résidents (18 structures sur 33). Les grands établissements sont faiblement représentés dans notre canton.

Tableau 7 – Nombre de résidents par EMS

	Total
15 – 50 personnes	10
51 – 75 personnes	7
76 – 100 personnes	7
101 – 150 personnes	7
151 – 200 personnes	1
201 – 300 personnes	1
Total	33

4.2.2. Le budget

Nous nous sommes également intéressés au budget global des organisations. Malheureusement, un tiers des organismes (39 structures sur 113) ayant participé à notre enquête n'a pas répondu à cette question. Toutefois, les chiffres obtenus nous offrent un certain nombre de renseignements sur la situation financière des différents organismes. Un tiers des répondants à cette question (26 structures sur 74) dispose d'un budget inférieur à CHF 250'000 et une moitié (36 structures sur 74) bénéficie d'un budget de fonctionnement supérieur à 1 million. A ce stade, il est difficile de donner plus d'informations étant donné la variété du genre de structures. En conséquence, voyons ce qu'il en est au niveau de nos différentes institutions.

Sur le plan des structures d'hébergement, la presque totalité des EMS du canton de Genève travaille avec un budget de fonctionnement au-dessus de 1 million de francs, et les structures hospitalières se situent dans des fourchettes très élevées (tableau 8).

Au niveau des organisations du domicile, par contre, la répartition budgétaire se modifie sensiblement. Nous nous plaçons en-dessous du 1 million de francs pour 26 des 40 institutions qui ont répondu. Seule la FSASD (aide à domicile et immeubles avec encadrement social) dispose d'un budget de 50 millions et plus. La plupart des foyers de jour fonctionnent avec un budget allant de CHF 500'000 à 1 million. Les organismes de type maisons de quartier, UAC et associations de défense des aînés ont un budget très variable allant de CHF 250'000 à 30 mio. Les clubs d'aînés du canton semblent être les structures les moins bien loties. Ils bénéficient de peu de ressources et se trouvent tous sans exception en dessous de CHF 250'000.

Tableau 8– Budget de fonctionnement des différentes structures du réseau

	Hébergement		Domicile				Total
	EMS	Hôpital	Aide à dom. et immeuble avec encadrement	Foyer de jour	Org. comm., etc.	Club d'aînés	
Inf. à 250'000	0	0	1	0	6	19	26
de 250'000 à moins de 500'000	0	0	0	1	2	0	3
de 500'000 à moins de 1 Mio.	1	0	1	4	3	0	9
de 1 Mio. à moins de 10 Mio.	20	0	0	0	2	0	22
de 10 Mio. à moins de 30 Mio.	7	2	0	0	1	0	9
50 Mio. ou plus	1	3	1	0	0	0	5
Sous total	29	5	3	5	13	19	74
Non réponses	4	0	22	0	11	2	39
Total effectifs	33	5	25	5	24	21	113

Les données statistiques démontrent une grande variabilité, avec toutefois certaines tendances : un budget élevé dans les secteurs « hébergement », un financement beaucoup plus faible dans les structures faisant partie du champ du « domicile ».

4.2.3. Le nombre de lits

Les structures offrant un hébergement aux personnes âgées ont été l'objet d'une étude plus fine quant à leur capacité d'accueil ainsi qu'à la durée de séjour des résidants. Les données statistiques (tableau 9) indiquent que quatre hôpitaux genevois sur cinq disposent de plus de 200 lits. Nous sommes là en présence de grandes structures avec un budget de fonctionnement important et un nombre élevé d'employés. La presque totalité des EMS (27 structures sur 33) accueille jusqu'à 100 personnes. Seuls six EMS de notre échantillon ont une capacité d'accueil supérieure à 100 lits.

Tableau 9 – Nombre de lits dans les EMS et les structures hospitalières

	EMS	Hôpital	Total
Inf. à 60 lits	15	1	18
60 à 100 lits	12	0	12
101 à 150 lits	4	0	4
151 à 200 lits	1	0	1
Sup. à 200 lits	1	4	6
Total	33	5	41

Quant à la durée de séjour des résidants, celle-ci est supérieure à deux ans pour la presque totalité des EMS (tableau 10). La durée la plus fréquente se situe entre deux et cinq années. Dans les hôpitaux genevois, le séjour ne dépasse pas en règle générale les six mois.

Tableau 10 – Durée de séjour des personnes âgées dans les EMS et les structures hospitalières

	EMS	Hôpital	Total
Moins de 6 mois	0	4	4
6 mois à moins de 1 an	0	1	1
1 an à moins de 2 ans	3	0	3
2 ans à moins de 3 ans	14	0	14
3 ans à moins de 5 ans	11	0	11
5 ans ou plus	5	0	5
Total	33	5	38

Concernant les immeubles avec encadrement social, ils n'offrent pas d'hébergement à proprement parler puisque les habitants sont locataires de leur appartement. Néanmoins, à titre d'information, nous pouvons brièvement détailler leur offre de logements. Plus de la moitié des immeubles (13 structures sur 22) possèdent moins de 60 habitations. Un quart, soit cinq bâtiments, disposent de 60 à 100 résidences. Seules quatre structures proposent 101 habitats ou plus. La durée de séjour des locataires est d'environ six années.

4.3. Prestations

Les différentes structures composant le réseau gérontologique se distinguent à travers les prestations qu'elles offrent à leur clientèle. Le réseau genevois se caractérise par une multitude d'organismes qui tentent d'être complémentaires au niveau de leurs actions. Quels sont leurs caractéristiques, leurs points communs, leurs particularités ? Comment définissent-ils leur mission première ?

Le tableau ci-dessous détaille les résultats de notre enquête en matière de prestations de service offertes par les différentes structures (tableau 11).

Sur l'ensemble des réponses, les activités de loisirs et culturelles ont récolté le plus de suffrages. Ce résultat s'explique par le fait que la plupart des structures ayant répondu favorablement au questionnaire sont concernées par le sujet de notre étude, l'animation auprès de la personne âgée ; elles offrent donc des activités dans ce champ d'intervention. Remarquons cependant la prédominance des activités de loisirs (90 réponses positives) sur les activités culturelles (62 réponses positives) ce qui laisse craindre que la conception dominante de l'animation est celle d'une activité de récréation et de divertissement.

Le schéma indique également que tous les grands secteurs intervenant auprès de la personne âgée, tels que les services hospitaliers, les EMS, les soins à domicile ainsi que les foyers de jour, mettent un accent prioritaire sur les soins donnés à leurs usagers : sur les 45 structures de ces catégories 42 offrent ce type de prestations.

Tableau 11 – Prestations offertes par les différentes organisations du réseau gérontologique genevois (plusieurs réponses possibles)

	EMS (sur 33)	Service hospitalier (sur 5)	Aide à domicile (sur 3)	Immeuble avec encadrement (sur 22)	Foyer de jour (sur 5)	Maison de quartier (sur 6)	UAC et autres services (sur 15)	Club d'ainés (sur 21)	Service sportif (sur 1)	Institut. de formation (sur 1)	Total*
Activités de loisirs	26	4	0	22	3	5	10	19	1	0	90
Activités culturelles	26	4	0	0	3	6	11	12	0	0	62
Hébergement	31	2	0	20	0	0	0	0	0	0	53
Information et soutien social	12	4	0	22	4	1	3	2	0	0	48
Soins médicaux	31	5	1	0	3	0	0	0	0	0	40
Formation	13	5	0	2	2	0	9	0	1	1	33
Aide technique et pratique à domicile	5	0	2	21	1	0	1	0	0	0	30
Gestion de logements adaptés	6	0	1	21	0	0	0	0	0	0	28
Garde de nuit	21	1	1	2	0	0	0	0	0	0	25
Fourniture d'appareil	12	5	0	0	1	0	0	0	0	0	18
Transport de personnes	7	0	0	0	3	1	1	1	0	0	13
Service de volontaires	8	1	0	0	0	1	1	0	0	0	11
Appui financier	5	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8
Soins infirmiers à domicile	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2

* Fréquences décroissantes

S'agissant des structures d'hébergement du canton de Genève, on voit que les EMS et les structures hospitalières ont pour priorité les soins médicaux, mais mettent également un accent fort sur les activités de loisirs et culturelles.

Les EMS genevois se définissent prioritairement comme des lieux offrant des soins et de l'hébergement (31 structures sur 33). Toutefois, comme nous venons de le mentionner, ils sont nombreux à développer des actions de loisirs et culturelles (26 structures sur 33). Notre question est que, dans la conjoncture de restriction budgétaire actuelle, les activités d'animation socioculturelle ne vont-elles pas diminuer en quantité à tout le moins en qualité s'il faut procéder à des diminutions de prestations au sein des EMS ?

Les hôpitaux de Genève se décrivent tous en outre comme établissement de soins, de fourniture d'appareils destinés à préserver l'autonomie des personnes et des pourvoyeurs de formation. Leur mission première en effet est celle de soigner⁶⁰ ! Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) déclinent cette mission comme suit : répondre aux besoins de soins de la population dans le domaine des soins de proximité en tant qu'hôpital général public ainsi que dans le domaine des soins spécialisés et de référence en tant qu'hôpital universitaire offrant des compétences professionnelles spécifiques et des techniques médicales de haute technologie. Ils soulignent également leur devoir d'accomplir une mission formative dans le sens de la « prévention et de la promotion de la santé » et rappellent jouer un rôle non négligeable au niveau de l'information et du soutien social à leur clientèle.

Quant aux structures de type domicile, l'aide à domicile offre des prestations d'aide technique et pratique à domicile tout comme des soins infirmiers.

Comme prévu, les immeubles avec encadrement social se voient principalement comme lieux d'hébergement ; des professionnels, appelés gérants sociaux, veillent sur ces logements adaptés. L'information et le soutien social font partie de leur liste de prestations. Les habitants ont également accès à une aide technique et pratique de la part des intervenants. Au niveau de l'animation, la seule offre consiste en des activités de loisirs.

Les foyers de jour du canton de Genève offrent des prestations d'information et d'appui aux personnes âgées. De plus, trois institutions sur cinq fournissent des activités de loisirs et culturelles ainsi que des soins médicaux et le transport des usagers.

Les maisons de quartier et les Unités d'Action Communautaire se situent clairement dans le champ de l'animation « traditionnelle » ayant majoritairement inscrit leurs actions dans le domaine culturel et de loisirs. De plus, les UAC soulignent leur rôle de formateur ce qui s'explique par l'accent mis sur la responsabilisation individuelle et collective de l'utilisateur.

L'ensemble des clubs d'aînés genevois se définissent avant tout comme organisateurs d'activités de loisirs.

Pour résumer, les structures d'hébergement proposent essentiellement une « prise en soins » de la personne âgée, tandis que les organisations de type domicile offrent un accompagnement plus social. Cette rupture risque de s'accroître à l'avenir au vu du climat d'insécurité causé par la politique actuelle de restriction budgétaire dans ce secteur.

Notre enquête montre également que la quasi totalité des structures interrogées, à l'exception des services d'aide et de soins à domicile et des institutions de formation, offrent des activités de loisirs et/ou culturelles. Certaines d'entre elles, tels que les clubs d'aînés,

⁶⁰ La mission et le fonctionnement des Hôpitaux Universitaires de Genève sont précisés par la loi sur les établissements publics médicaux du 19 septembre 1980 ([loi K2.05](#))

proposent plutôt des activités de loisirs, d'autres à l'image des maisons de quartier et des services communautaires dispensent également des services culturels et sociaux. A ce stade, une question se pose : le niveau de formation des professionnels influence-t-il les types de prestations offertes en matière d'animation, leur choix et la diversité de l'offre ? Ces questions seront traitées dans le quatrième chapitre.

4.4. Public

Dans ce paragraphe, nous nous interrogeons sur les usagers qui font appel aux institutions du réseau socio-gérontologique : quel est leur âge, leur degré d'autonomie, leur genre ou encore leur origine nationale ?

4.4.1. La diversité des usagers

Plus de la moitié des organismes ayant répondu à cette question (45 structures sur 84) ont un public composé exclusivement de personnes âgées de 65 ans et plus. Ce constat correspond à nos attentes puisque nous avons envoyé prioritairement notre questionnaire aux institutions du réseau gérontologique. Seules dix structures ont majoritairement une population de non-retraités : il s'agit des maisons de quartier et des centres de loisirs.

4.4.2. La répartition des âges

Quel est l'âge des personnes âgées qui ont recours aux structures du champ socio-gérontologie ? A quel type de structure font-elles appel et à quel moment de leur vie ?

Afin d'avoir une meilleure compréhension de la répartition des âges de ce public, nous avons regroupé les seniors en quatre catégories : les 65 à 74 ans ; les 75 à 84 ans ; les 85 à 94 ans et finalement les personnes âgées de 95 ans ou plus.

Notre première question porte sur le pourcentage d'individus appartenant à chacune des quatre catégories susmentionnées. Nos données indiquent que la moyenne de la classe d'âge des 65 à 74 ans représente 19.4% de l'ensemble des usagers alors que les personnes de la tranche 75 - 84 ans constituent 31.9% de la population. Les 85 à 94 ans correspondent également à un petit tiers (31.3%) de ce public, tandis que le dernier groupe (95 ans ou plus) se réduit à 10.2% de l'ensemble des usagers en âge AVS fréquentant l'une ou l'autre des structures du réseau gérontologique.

La seconde interrogation concerne la répartition des seniors parmi les différentes catégories d'institutions du domaine de la gérontologie genevoise. Les diverses structures du réseau s'adressent-elles à des publics spécifiques ?

Dans un premier temps, portons notre regard sur la population vivant en EMS (tableau 12). Nous constatons que la tranche d'âge des 65 à 74 ans est nettement minoritaire. Elle ne comprend qu'un quart du public dans la quasi totalité des EMS (31 structures sur 33). Au fur et à mesure que l'âge des résidents s'élève, leur poids relatif au sein de l'institution augmente. Ainsi dans plus de la moitié des structures, les 75 à 84 ans constitue le quart,

voire la moitié du public (18 structures sur 33), et les 85 à 94 ans plus de la moitié des résidents (17 structures sur 33). Enfin, les plus de 95 ans forment entre un quart et une moitié dans 23 EMS recensées.

En bref, plus de la moitié des EMS du canton de Genève accueillent majoritairement des résidents âgés de 85 ans et plus tandis que les 65 à 74 ans sont nettement minoritaires.

Tableau 12 – Poids relatif des tranches d’âge des résidents vivants en EMS

	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 ans ou plus
Moins de ¼ du public	31	13	4	2
¼ à ½ du public	1	18	12	23
½ ou plus du public	1	2	17	8
Total	33	33	33	33

Le deuxième groupe faisant partie de la catégorie des structures d’hébergement sont les hôpitaux. Le public le mieux représenté dans ces structures a entre 75 et 84 ans. Les tranches d’âges voisines, soit les 65 - 74 ans et les 85 - 94 ans, sont moins présentes, formant moins d’un quart de la population. Par contre, nous constatons une légère augmentation du public des 95 ans ou plus puisqu’il comptabilise entre 25 et 50% des patients. Il apparaît donc que les catégories les plus présentes dans les hôpitaux publics ont entre 75 et 84 ans, puis 95 ans ou plus.

Abordons à présent les structures de type domicile. Rappelons que la FSASD a répondu ici pour l’ensemble de ses services, c’est-à-dire l’aide et soins à domicile ainsi que les 19 immeubles avec encadrement social qu’elle gère. La FSASD compte donc pour une structure et parmi les quatre autres organisations, nous avons un organisme d’aide à domicile et trois immeubles ne faisant pas partie de la FSASD. Nous observons que les professionnels interviennent avant tout auprès d’un public âgé de 75 à 84 ans, ce dernier représentant plus de la moitié des clients. Comme pour les hôpitaux, nous constatons que la population des 85 à 94 ans est moins présente alors que celle des 95 ans ou plus constitue entre un quart et une moitié du public. L’analogie entre les classes d’âges des usagers représentées dans les hôpitaux et dans les services des soins à domicile est frappante. Il peut s’agir de variations démographiques ou de santé...

Le deuxième sous-groupe des structures de type domicile sont les foyers de jour (tableau 13). Le groupe d’âge le mieux représenté dans ces lieux est celui des 75 à 84 ans, la population des 65 à 74 ans formant moins d’un quart des usagers. Cependant, les usagers des autres tranches d’âge sont bien présents : pour une majorité d’institutions les gens de plus de 85 ans et ceux de 95 ans ou plus représentent entre un quart et la moitié de leurs usagers.

Tableau 13 – Poids relatif des tranches d'âge des usagers des foyers de jour

	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 ans ou plus
Moins de ¼ du public	5	0	1	2
¼ à ½ du public	0	2	4	3
½ ou plus du public	0	3	0	0
Total	5	5	5	5

Les membres des clubs d'aînés genevois, troisième sous-groupe de type domicile, se distinguent par une répartition assez homogène des âges : tous les groupes d'âge sont représentés. Cependant, la tranche d'âge la plus présente est une fois de plus celle des 75 à 84 ans. On remarque par ailleurs que les jeunes retraités investissent moins ces structures. Il ne faut pas non plus oublier que les 85 ans ou plus forment dans la majorité des cas un quart à une moitié des usagers. Les interlocuteurs rencontrés nous ont fait part du vieillissement de leur public et regrettent l'absence de relève parmi leurs membres.

Nous terminons notre tour d'horizon par le groupe comprenant les maisons de quartier, et les unités d'action communautaire. Ici, la classe la plus jeune est prédominante, soit les moins de 75 ans (tableau 14).

Tableau 14 – Poids relatif des tranches d'âge des usagers des organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs

	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 ans ou plus
Moins de ¼ du public	10	6	10	8
¼ à ½ du public	4	13	11	13
½ ou plus du public	7	2	0	0
Total	21	21	21	21

En conclusion, les EMS se distinguent par le grand âge de leur public. Les hôpitaux et l'ensemble des structures de type domicile interviennent surtout auprès d'un public de 75 à 84 ans, même si un public plus âgé est bien présent. Enfin, seules les maisons de quartier et les unités d'action communautaire sont investies par une population de jeunes retraités, les 65 à 74 ans.

4.4.3. L'autonomie

Nous avons vu plus haut que le public qui fréquente les structures du réseau socio-gerontologique genevois est majoritairement âgé de plus de 75 ans. La question suivante qui se pose est celle de leur degré d'autonomie. Nous avons posé cette question à nos interviewés en définissant trois catégories : les personnes âgées autonomes ne nécessitant aucune aide ; les personnes âgées semi-autonomes bénéficiant d'une aide et/ou de soins supplémentaires, les personnes âgées avec incapacités graves.

Il est indispensable de regarder en détail les données des différentes catégories institutionnelles. Nous analysons d'abord les lieux d'hébergement en commençant par les EMS (tableau 15). Le public de ces établissements est composé principalement de

personnes présentant des incapacités graves : deux tiers des EMS abritent un nombre élevé de résidents avec des dépendances importantes (22 structures sur 33). De plus, les résidents autonomes sont inexistantes ou alors faiblement représentés dans 30 structures sur 33 (91%). Le public des EMS est donc principalement composé de personnes semi-autonomes ou présentant des incapacités graves.

Tableau 15 – Parmi les résidents de votre EMS, quel est le poids relatif des ?

	Inexistant	Faible	Moyen	Elevé
Personnes âgées autonomes	17	13	2	1
Personnes âgées semi-autonomes	1	7	14	11
Personnes âgées avec incapacités graves	1	1	9	22

En ce qui concerne les structures hospitalières, la distribution ressemble fortement à celle observée dans les EMS : leur public est essentiellement constitué de personnes semi-autonomes ou avec incapacités graves. La majorité des structures a toutefois une clientèle autonome ou moyennement autonome, contrairement aux EMS.

Passons maintenant en revue les différentes structures de type domicile. S'agissant des institutions d'aide et de soins à domicile ainsi que des immeubles avec encadrement social, nous remarquons que le public le mieux représenté est majoritairement semi-autonome ou avec incapacité grave (tableau 16) :

- Les foyers de jour, deuxième groupe des structures de type domicile, accueillent principalement des usagers semi-autonomes. Toutefois, il apparaît que les personnes âgées avec incapacités graves commencent à être bien présentes dans ces institutions tandis que les personnes autonomes sont nettement minoritaires.
- Concernant les organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs, telles que les maisons de quartier et les UAC, comme prévu, leur clientèle se compose prioritairement de retraités autonomes. Les personnes âgées semi-autonomes ne sont que moyennement représentées parmi ce public et les usagers avec incapacités graves sont largement minoritaires.
- Le public des clubs d'aînés est avant tout formé de personnes autonomes ; les retraités ayant des incapacités graves sont totalement absents de ces structures. Notons néanmoins que les seniors semi-autonomes sont faiblement, voire moyennement présents dans 13 structures sur 21.

Tableau 16 – En fonction des différentes structures de type domicile, quel est le poids relatif des ?

		Inexistant	Faible	Moyen	Elevé
Aide et soins à domicile	Personnes âgées autonomes	21	2	1	1
	Personnes âgées semi-autonomes	0	0	24	1
	Personnes âgées avec incapacités graves	0	4	20	1
Foyers de jour					
Foyers de jour	Personnes âgées autonomes	2	2	0	1
	Personnes âgées semi-autonomes	0	0	2	3
	Personnes âgées avec incapacités graves	0	2	2	1
Organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs					
Organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs	Personnes âgées autonomes	0	1	0	19
	Personnes âgées semi-autonomes	4	4	12	0
	Personnes âgées avec incapacités graves	9	10	0	1
Les clubs d'aînés					
Les clubs d'aînés	Personnes âgées autonomes	0	0	1	20
	Personnes âgées semi-autonomes	8	4	9	0
	Personnes âgées avec incapacités graves	21	0	0	0

Il ressort de cette analyse que les EMS et les structures hospitalières, l'aide à domicile et les immeubles avec encadrement social ont une clientèle majoritairement semi-autonome ou avec incapacités graves. Les professionnels des foyers de jour, par contre, interviennent auprès de personnes âgées majoritairement semi-autonomes, bien que les seniors avec incapacités graves commencent à y être bien présents. Enfin, les maisons de quartier, les unités d'action communautaires et les clubs d'aînés accueillent avant tout des aînés autonomes. On observe donc que les différentes structures s'adressent à des publics bien spécifiques qui se distinguent avant tout par leur âge et par leur degré d'autonomie.

4.4.4. Le genre

S'agissant du genre, nos données sont univoques, l'immense majorité des organisations du réseau socio-gérontologique indiquant que leur public est majoritairement composé de femmes (tableau 17).

Tableau 17 – Vos usagers âgés (65 ans et plus) sont-ils majoritairement de sexe... ?

	EMS	Hôpital	Soins dom. et Immeubles avec encadre- ment social	Foyer de jour	Organisa- tions com., soc., cult. et de loisirs	Club d'aînés
Féminin	33	5	24	4	20	22
Masculin	0	0	0	0	1	0
A égalité	0	0	0	1	0	1
Sous-total	33	5	24	5	21	
Non réponses	0	0	1	0	3	
Total effectifs	33	5	25	5	24	21

4.4.5. L'origine nationale

Le canton de Genève se distingue par son caractère international et multiculturel. Nous nous sommes donc intéressés à l'origine nationale des personnes fréquentant le réseau socio-gérontologique genevois. Autrement dit, ont-elles recours aux services offerts par ce réseau ? Nos données indiquent que le public d'origine étrangère représente dans la majorité des cas moins d'un quart des usagers de ces structures. La population étrangère est plutôt présente dans les institutions de type maisons de quartier, services d'action communautaire... Elle n'y forme point un groupe majoritaire, mais sa présence est plus significative que dans les autres structures du champ socio-gérontologique. Quoiqu'il en soit, un certain nombre de questions se pose : Qui prend en charge le public âgé d'origine étrangère ? Le réseau familial est-il plus présent chez les étrangers que dans les familles suisses ? Nous n'avons pas de réponse à ces questions, notre étude ne permet pas d'approfondir ces interrogations. Ces données sont malheureusement trop vagues pour que l'on puisse en dire davantage pour la bonne raison que la plupart des institutions ont coché la fourchette allant de 0 à 24% ce qui représente du coup un écart trop étendu pour une exploitation plus pointue.

4.5. Professionnels employés dans le réseau socio-gérontologique

Pour clore cette partie descriptive du réseau gérontologique de Genève, nous abordons à présent la question des catégories professionnelles intervenant dans les diverses structures ainsi que leurs effectifs. Nous avons dégagé cinq corps de métier : l'administration (secrétariat, comptable, gestionnaire, réceptionniste, etc.), l'hôtellerie (cuisinier, nettoyeur, agent de restauration, etc.), les postes techniques (chauffeur, jardinier, agent de sécurité et technique, etc.), les soins (médecin, infirmier, aide soignant, ergothérapeute, etc.) ainsi que le travail social (animateur socioculturel, assistant social et éducateur social, art thérapeute, musicothérapeute, etc.).

Dans un premier temps, nous décrivons les différentes catégories professionnelles en présence (tableau 18). Tout d'abord, nous nous intéressons aux métiers de l'administration, de l'hôtellerie et du domaine technique. Nous constatons que dans leur immense majorité les EMS et les hôpitaux bénéficient de ce personnel. Dans le champ du domicile par contre, les professions de l'hôtellerie sont peu présentes dans les structures qui n'offrent pas une prise

en charge globale de la personne âgée comme les maisons de quartier, les UAC ou encore les clubs d'aînés. De plus, les clubs d'aînés sont dans une situation particulière, s'organisant exclusivement sur la base du bénévolat. Les différentes tâches qui incombent à une telle association sont donc réparties entre leurs membres : l'un s'occupe du secrétariat, l'autre de la comptabilité, un troisième de la confection du repas et un quatrième du service, etc.

Tableau 18 – Nombre de structures disposant de professionnels appartenant aux champs professionnels cités

	Adminis- tration	Hôtellerie	Technique	Soins	Travail social
EMS (sur 33 structures)	33	33	33	33	32
Hôpital (sur 5 structures)	5	4	5	5	5
Soins à domicile et immeubles avec encadrement social (sur 22 structures)	5	4	6	3	5
Foyer de jour (sur 5 structures)	5	4	5	5	5
Organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs (sur 24 structures)	20	4	21	1	19
Club d'aînés (sur 21 structures)	3	1	0	1	5
Total (sur 113 structures)	71	46	70	48	66

Le personnel soignant est employé dans tous les services ayant une mission de soins. Nous comptons dans ce groupe les EMS, les hôpitaux, les foyers de jour et les services d'aide et de soins à domicile. Par contre, ils sont très généralement absents dans les maisons de quartier, les services communautaires, etc. et les clubs d'aînés. Les immeubles avec encadrement n'ont pas répondu à cette question, mais l'on sait qu'en principe, les gérants font appel à la FSASD en cas de demande de soins.

S'agissant du champ professionnel du social, les travailleurs sociaux sont largement présents dans l'ensemble des structures ayant répondu à notre enquête, sauf dans les clubs d'aînés. Même si dans ces derniers, il n'y a pas de professionnels du social, les membres des comités peuvent faire appel aux agents communautaires des UAC en ce qui concerne les clubs dépendant de la Ville de Genève ou à l'équipe du CAD⁶¹ de l'Hospice Général pour les structures situées sur le territoire d'une autre commune. Au niveau des différents métiers du social, les animateurs socioculturels sont employés dans 71% des institutions sondées (63 structures sur 88). Les assistants sociaux interviennent auprès des personnes âgées dans un peu plus d'un quart des structures (25 structures sur 88). Par contre, l'éducation sociale est quasi absente du réseau gérontologique : seules 8 structures sur 88 emploient ces travailleurs sociaux.

Après avoir évoqué la présence des cinq corps de métiers dans les différents types de structures faisant partie du réseau gérontologique genevois, nous nous posons maintenant la question du poids de chacune de ces catégories professionnelles dans les différents types

⁶¹ CAD – Centre d'Animation pour retraités, Hospice Général

d'institutions. Dans cette perspective, nous avons calculé la moyenne du nombre de postes à plein temps de chaque groupe de métiers et pouvons avancer les chiffres suivants : parmi les structures qui font partie de notre échantillon, l'administration dispose en moyenne de 6.4 postes, l'hôtellerie de 24.3 postes, et les professions du domaine technique de 5.2 postes. Ces trois catégories professionnelles totalisent donc une moyenne de 35.9 postes dans les organismes de notre échantillon. Il reste les soins et le travail social. Les professions soignantes occupent 99.3 postes dans l'ensemble du réseau, tandis que les travailleurs sociaux disposent de 8 postes seulement. On s'aperçoit donc que les soignants constituent le corps de métier le plus présent dans le champ gérontologique. Ce qui s'explique par l'importance du personnel des hôpitaux et de la FSASD, employeurs premiers de ces professionnels. Nos données confirment ainsi la primauté décisive des soins dans la prise en charge de la personne âgée à Genève.

Notre questionnaire portait également sur la répartition des cinq corps de métier parmi les diverses structures du réseau gérontologique. Quels professionnels interviennent dans quel type d'institution et dans quelle proportion ?

Dans le tableau synthétique ci-dessous qui présente le nombre de postes à plein temps par type de structure, nous énumérons les organismes appartenant aux catégories de l'« hébergement » et du « domicile » hormis deux groupes institutionnels : les services de l'aide et des soins à domicile et les immeubles à encadrement d'une part, les clubs d'aînés d'autre part. Pour le premier, il nous manque les données des immeubles gérés par la FSASD (au nombre de 19), ce qui réduit fortement cette entité ; et pour le deuxième, nous ne sommes pas en présence de professionnels puisque ces associations sont portées par des membres bénévoles.

Le tableau 19 décrit le nombre de postes à plein temps dont disposent les différents types de structures échantillonnées ; nous y avons ajouté entre parenthèse le nombre moyen de postes à plein temps par unité. Nous observons que les professionnels administratifs, hôteliers et techniques sont présents dans l'ensemble des structures du réseau gérontologique. Il apparaît toutefois que les métiers de l'hôtellerie dominent dans les institutions de type hébergement, avec notamment 500 postes à temps plein dans les EMS et 1'539 postes dans les structures hospitalières. Par contre, dans les organisations de type domicile, c'est le personnel administratif qui est prépondérant. Le tableau ci-dessous nous permet également de calculer le poids relatif des divers champs professionnels en termes de pourcentage du nombre total de postes par type de structure. Ainsi, les champs de l'administration, de l'hôtellerie et de la technique pris ensemble occupent 688 postes sur les 1939 postes dont disposent l'ensemble des 30 EMS recensés. S'agissant des structures hospitalières, les métiers administratifs et techniques concernent 25.6% de leurs effectifs. Ce chiffre est de 31% dans les foyers de jour et de 33% en ce qui concerne les organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs.

Tableau 19 – Nombre de postes à plein temps (et moyenne) par champ professionnel dont disposent les organisations de notre échantillon (chiffres arrondis à l'unité)

	Adminis- tration	Hôtellerie	Techni- que	Soins	Travail social	Total
EMS (sur 30 structures)	130 (4.3)	500 (16.7)	58 (1.9)	1'186 (39.5)	65 (2.2)	1'939 (64.6)
Hôpital (sur 4 structures)	317 (79.2)	1'539 (385)	379 (94.7)	6'417 (1'604)	90 (22.4)	8'742 (2'185.3)
Foyer de jour (sur 4 structures)	3 (0.8)	3 (0.7)	2 (0.5)	5 (1.1)	11 (2.3)	24 (5.4)
Organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs (sur 20 structures)	22 (1.1)	6 (0.3)	7 (0.3)	0	71 (3.5)	106 (5.2)

Abordons les secteurs des soins ainsi que du travail social. Le nombre de postes réservés aux soignants dans les institutions de type hébergement est impressionnant. Dans les EMS, ils disposent de 1'186 postes à plein temps, soit 39.5 postes en moyenne par structure. Nous pouvons observer la même prédominance du corps médical et soignant dans les structures hospitalières : 6'417 postes, soit 1'604 postes en moyenne par structure. Si l'on calcule le poids de ce corps de métier dans l'effectif total du personnel (tableau 20), il apparaît que les soignants forment 61.1% du personnel dans les EMS, et 73.4% dans les hôpitaux. Par contre, l'importance relative de ces professionnels diminue fortement dans les structures de type domicile : ils ne pèsent plus que 22% dans les foyers de jour et disparaissent totalement dans les maisons de quartier, centres de loisirs et unités d'action communautaire.

S'agissant des travailleurs sociaux, le nombre de postes réservés à cette catégorie professionnelle dans les structures d'hébergement est comparativement très faible : 65 postes dans les EMS et 90 postes dans les hôpitaux de notre échantillon. En fait, ces professionnels ne représentent que 3.4% de l'ensemble du personnel des EMS, et constitue 1% de l'ensemble des salariés des structures hospitalières ! Par contre, les travailleurs sociaux sont mieux représentés dans les organisations de type domicile. Les foyers de jour leur offrent ainsi 11 postes, tandis qu'ils occupent 71 postes dans les organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs. Ils représentent ainsi 47% de l'effectif total des professionnels des foyers de jour, voire 67% du personnel des maisons de quartier, centres de loisirs et unités d'action communautaire.

Tableau 20 – Poids relatif des divers champs professionnels dans les catégories institutionnelles considérées

	Administration, hôtellerie, technique	Soins	Travail social	Total
EMS (sur 30 structures)	35.5%	61.1%	3.4%	100%
Hôpital (sur 4 structures)	25.6%	73.4%	1%	100%
Foyer de jour (sur 4 structures)	31%	22%	47%	100%
Organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs (sur 20 structures)	33%	0%	67%	100%

En conclusion, nous constatons donc une prédominance du personnel soignant dans les structures de type hébergement, tandis que les travailleurs sociaux sont nettement plus présents dans les organisations du domicile.

4.6. Conclusion

Notre étude porte sur un sujet bien précis, l'animation auprès de la personne âgée dans le canton de Genève. Dans ce chapitre, notre regard s'est tourné vers les institutions qui composent le réseau intervenant auprès de la population genevoise âgée de plus de 65 ans. Quelles sont ces institutions ? Quelles sont leurs principales caractéristiques ?

Le réseau socio-gérontologique genevois, extrêmement complexe, présente un éventail riche et coloré de services sociaux, culturels et de soins. Nous avons contacté chacune de ces structures. Le taux de participation à notre enquête dépasse nos espérances puisqu'une institution sur deux nous a répondu.

En analysant en détail les organismes intéressés par cette enquête, il apparaît que notre échantillon se compose de trois groupes distincts d'organisations. Premièrement, les structures qui s'adressent spécifiquement aux personnes âgées et qui disposent d'un service d'animation, à savoir les EMS et les foyers de jour : elles ont massivement répondu. Deuxièmement, les institutions qui n'accueillent pas exclusivement des retraités et/ou qui ne possèdent pas à proprement parler un secteur d'animation, telles que les services hospitaliers et les immeubles avec encadrement social pour personnes âgées, les unités d'action communautaires et les centres de loisirs ainsi que les clubs d'aînés : la participation y était légèrement plus faible. Enfin, les organismes d'assurances sociales, de soutien et de défense des personnes âgées sont pratiquement absents de notre échantillon, tout comme les services et associations sportifs, de formation ou de vacances. Il apparaît donc que la pratique de l'animation auprès des personnes âgées s'est surtout développée dans les EMS et les foyers de jour. Dans la suite de ce rapport, nous porterons une attention particulière à ces deux types d'institutions.

A ce stade, nous pouvons dessiner à grands traits le portrait des structures qui composent notre échantillon. Tout d'abord, elles revêtent principalement la forme juridique de la fondation de droit privé ou de l'association. Ensuite, le nombre de personnes

accueillies dépasse rarement 100 usagers. En ce qui concerne l'aspect financier, la ligne de partage entre les deux grands types de structures dégagés se situe aux environs d'un million de francs suisses : les structures d'hébergement se placent majoritairement au-dessus de cette barre, tandis que les organisations de type domicile disposent le plus souvent d'un budget inférieur à cette somme. Par ailleurs, le public de l'ensemble du réseau est largement féminin et ses usagers sont majoritairement âgés de 75 à 95 ans. Toutefois, nous avons observé une nette différence entre le public des institutions d'hébergement et celui de type domicile. Les seniors du premier groupe ont 85 ans ou plus, ils sont semi-autonomes ou souffrent d'incapacités graves. Les personnes fréquentant les structures de type domicile, par contre, sont souvent plus jeunes, et leur degré d'autonomie est plus grand. En conséquence, les prestations offertes diffèrent : les institutions de type domicile offrent généralement un accompagnement social et culturel, alors que les structures de type hébergement se limitent plutôt aux prestations de soins. S'agissant des professionnels qui interviennent dans ces institutions, force est de constater que les travailleurs sociaux y sont faiblement représentés, avec une moyenne de 8 postes à temps plein sur l'ensemble de l'effectif contre 35.9 postes pour la catégorie administration, hôtellerie et technique ou encore 99.3 postes dédiés aux soins. Une différence substantielle s'observe une fois de plus, à ce niveau, entre les lieux d'hébergement et de domicile : les professionnels du social représentent plus de la moitié du personnel des structures de type domicile tandis qu'ils forment moins du 14% des employés des structures d'hébergement. A l'inverse, les soignants constituent moins de 25% de l'effectif des établissements de type domicile alors qu'ils sont plus de 75% dans le domaine de l'hébergement.

Avant de nous intéresser à la pratique d'animation et à ses professionnels, il apparaît d'ores et déjà que le réseau socio-gérontologique genevois se caractérise par sa grande complexité, diversité et richesse. En effet, l'éventail des services offerts à la population âgée s'est largement développé au cours des deux dernières décennies dans notre canton qui présente aujourd'hui une gamme très diversifiée d'institutions. Cependant certains auteurs se questionnent sur la marge d'adaptabilité des structures à la situation de vie de la personne âgée (Lalive d'Epinaï, 2000). N'est-ce pas la personne âgée qui est appelée à s'adapter à la structure et non l'inverse, dans la mesure où son état de santé et son degré d'autonomie orientent de façon impérative son parcours institutionnel ?

IV. ANIMATION GENEVOISE EN GÉRONTOLOGIE

1. Historique de l'animation auprès des personnes âgées dans le canton de Genève

Nous avons retracé précédemment l'évolution chronologique des institutions du réseau socio-gérontologique et sa mise en place progressive. Nous en rappelons brièvement les principales étapes. Les premières structures pour personnes âgées à Genève furent créées au XIXe siècle avec l'Asile des vieillards du Petit-Saconnex, l'Hôpital cantonal et l'Asile d'Anières. A cette époque, il existait deux formes de prise en charge des personnes âgées, celle destinée aux classes moyennes et fortunées et celle des pauvres et indigents enfermés dans des asiles ou placés à la campagne. La création des institutions en gérontologie est donc ancienne mais ne concerne que des structures de type hébergement. C'est au cours du XXe siècle que le paysage genevois actuel en matière de prise en charge de la personne âgée va se former progressivement. Entre 1900 et 1960, de petits établissements privés voient le jour, tout comme plusieurs grandes structures d'hébergement. Dans le domaine du domicile, divers services privés, associatifs, d'aide et de soins infirmiers ouvrent leurs portes. Mais c'est à partir de 1960 que Genève connaît un important développement du champ gérontologique. Le canton de Genève décide en effet de favoriser la construction des maisons de repos qui, grâce aux subventions de la Confédération bénéficie d'une forte expansion. Concernant les structures de type domicile, certains services proposant des activités de loisirs apparaissent, tels que Caritas ou le CSP ou encore les clubs d'aînés. Les premiers foyers de jour font leur apparition ainsi que les immeubles avec encadrement social. En 30 ans, le réseau socio-gérontologique, tel qu'il existe aujourd'hui, se met en place. A partir de 1990 commence une période de latence pour les EMS tandis que le secteur du maintien à domicile est fortement développé. Avec le passage au XXIe siècle, le moratoire sur toute nouvelle construction d'EMS prend fin. Si de nouveaux lieux d'hébergement voient néanmoins le jour, la politique genevoise de prise en charge des aînés demeure centrée sur le maintien à domicile.

1.1. Apparition du secteur d'animation dans le réseau socio-gérontologique

Voyons à présent ce qu'il en est de l'animation socioculturelle : quand fait-elle son apparition dans ce secteur à Genève et dans quels types de structures ?

Notre enquête révèle qu'avant 1960, la pratique de l'animation est inexistante dans le champ socio-gérontologique genevois (tableau 21). Ce qui n'est guère étonnant puisque le réseau en lui-même se réduit à sa plus simple expression : quelques EMS, deux hôpitaux, une institution avec encadrement social et des associations communautaires. Les premiers organisateurs d'activités pour les aînés sont des mouvements protestants et catholiques, tels que le Centre Social Protestant et Caritas. Ces deux institutions créent un secteur « aînés » en 1960 et y proposent un certain nombre d'activités de loisirs. Nous voyons également apparaître des activités d'animation dans quelques autres structures du réseau socio-gérontologique : dans les années 70, des clubs d'aînés axés sur l'animation se développent dans différentes communes genevoises, principalement en Ville de Genève. Il apparaît donc que l'animation auprès de la personne âgée à Genève débute plutôt dans les structures de type domicile.

Au niveau des structures d'hébergement, c'est en 1967 que l'on voit apparaître le premier service d'animation dans le milieu des EMS genevois. Cette pratique professionnelle fait une entrée timide dans ce champ d'intervention : entre 1960 et 1969, un seul EMS offre des prestations d'animation. Dans les années 70 cependant, ils sont quatre à introduire de telles activités, neuf entre 1980 et 1989, 15 entre 1990 et 1999. Il apparaît donc que ce secteur professionnel se développe réellement au cours des années 80 et 90 au sein des EMS du canton. Cette évolution va de pair avec la professionnalisation de ce domaine d'activité : les institutions commencent à engager des travailleurs sociaux formés dans leur secteur d'animation.

En ce qui concerne les services hospitaliers, le tableau 33 montre que l'animation y fait son apparition en 1970.

En résumé, il semble donc que l'apparition d'institutions s'intéressant à la personne âgée en tant qu'individu, à ses aspirations, à sa réalisation, à son bien-être culturel, social et spirituel, tels que les foyers de jour, les clubs d'aînés et les associations de défense et de soutien aux personnes âgées ait favorisé l'introduction et le développement de l'animation dans les structures jusqu'alors centrées sur les soins et l'hébergement.

Tableau 21 – Nombre de structures nouvellement pourvues d'un service d'animation par décennie

	Hébergement		Domicile				Total
	EMS	Service hospitalier	Foyer de jour	Immeuble avec encadrement social	Organisations communaut., sociales, culturel. et de loisirs, etc.	Club d'aînés	
avant 1960	0	0	0	0	0	0	0
1960-1969	1	0	1	1	4	2	9
1970-1979	4	3	1	0	2	13	23
1980-1989	9	1	2	1	3	3	19
1990-1999	15	0	1	0	0	1	17
dès 2000	2	0	0	0	9	0	11
Sous-total	31	4	5	2	18	19	79
Non réponse	2	0	0	20	2	2	26
Total effectifs	33	4	5	22	20	21	105

Nous avons vu que dans le champ de la gérontologie, les institutions sont relativement anciennes tandis que l'animation socioculturelle est une pratique professionnelle récente. Dès lors, on peut se demander combien de temps s'est écoulé entre le moment de la création de l'institution et l'introduction des activités d'animation. Les structures récentes sont-elles conçues avec un service d'animation pour aînés ? Est-il possible de situer dans le temps ce changement de conception de la prise en charge du senior ?

Envisageons à présent successivement la situation dans les EMS, les hôpitaux et les structures de type domicile. S'agissant des EMS genevois, l'apparition de leurs services d'animation est éminemment variable. Ainsi dans les EMS avant 1970, cette prestation est absente du projet institutionnel. Entre 1970 et 1990, les nouveaux EMS comportent à parts

égales des institutions avec et sans services d'animation. Enfin, c'est à partir des années 1990 que les nouveaux EMS genevois sont systématiquement dotés d'un service d'animation. Cette mesure est renforcée par le « plan directeur EMS 2010 », adopté par le Conseil d'Etat en novembre 2001 qui prescrit que chaque nouvel EMS à Genève doit disposer, aménager et équiper des lieux d'animation en fonction d'un concept d'animation décrit dans son projet institutionnel.

Par ailleurs, les EMS ayant ouvert leurs portes sans proposer d'activités d'animation se dotent d'une telle pratique à partir des années 80, mais le temps qui s'écoule entre la création de l'établissement et l'apparition d'un secteur d'animation varie entre 3 et 66 ans (tableau 22).

A la fin du 20^e siècle, la quasi totalité des EMS possède un service d'animation. Une modification de la conception de la prise en charge de la personne âgée est ainsi observable au niveau des structures d'hébergement et ceci dès les années 80. La notion de « qualité de vie » des résidents fait son apparition, « montrant ainsi les liens qui peuvent exister entre l'animation et le bien-être psycho-affectif de l'individu » (Vercauteren, 2002).

En ce qui concerne les services hospitaliers, nous avons vu précédemment qu'ils dataient du XIX^e siècle ; dès lors, il n'est guère étonnant qu'il faille attendre 50 ans ou plus avant que l'animation y fasse son apparition.

Quant aux structures de type domicile - foyers de jour, organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs, clubs d'aînés - l'animation y est généralement présente dès la conception du projet institutionnel.

Tableau 22 – Ecart (en années) entre la création de la structure et l'apparition d'un service ou des activités d'animation pour les aînés dans les structures socio-gérontologiques du canton de Genève

	Hébergement		Domicile			Total
	EMS	Service hospitalier	Foyer de jour	Organisations communautaires, sociales, culturel. et de loisirs, etc.	Club d'aînés	
0 an	16	1	4	11	18	50
1-5 ans	3	0	0	1	0	4
6-10 ans	3	0	0	0	0	3
11-20 ans	1	0	0	1	0	2
21-30 ans	3	0	0	2	0	5
31-50 ans	3	0	0	0	0	3
51-100 ans	2	1	0	1	0	4
100 ans ou plus	0	1	0	0	0	1
Sous-total	31	3	4	16	18	72
Non réponse	2	1	1	4	3	11
Total effectifs	33	4	5	20	21	83

1.2. Qui sont ces pionniers de l'animation en gérontologie ?

Après avoir décrit l'évolution du secteur d'animation dans le réseau socio-gérontologique genevois, regardons à présent le type de professionnels engagés dans ces services au moment de leur création ainsi que la taille des effectifs (tableau 23).

S'agissant de la qualification professionnelle de ces pionniers de l'animation auprès de la personne âgée, le tableau ci-dessous montre que dans 60% des cas (47 structures sur 79), l'animation n'est pas assumée au départ par des travailleurs sociaux formés.

Il apparaît que dans la moitié des EMS échantillonnés (16 structures sur 33), les animateurs formés ne sont pas présents au moment de la création du service d'animation. Concernant les services d'animation dans les structures hospitalières, la quasi totalité des équipes d'animation (3 structures sur 4) ne comptait pas d'animateur professionnel au moment de la mise en place de cette prestation.

Quant aux structures de type domicile, la majorité des foyers de jour ont ouvert leurs portes sans compter parmi leurs équipes un animateur formé. Nous laissons de côté les immeubles avec encadrement social étant donné le faible taux de réponses. Les animateurs sont largement présents dans l'ensemble des organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs. A l'inverse, les clubs d'aînés ne fonctionnent majoritairement qu'avec des bénévoles.

Tableau 23 - Ces premiers animateurs étaient-ils tous des travailleurs sociaux ?

	Hébergement		Domicile				Total
	EMS	Service hospitalier	Foyer de jour	Immeuble avec encadrement social	Organisations communaut., sociales, culturel. et de loisirs, etc.	Club d'aînés	
Non aucun	16	3	3	2	5	18	47
Oui tous	3	1	0	0	4	2	10
Certains seulement	11	0	1	0	9	1	22
Sous-total	30	4	4	2	18	21	79
Non réponse	3	0	1	20	2	0	26
Total effectifs	33	4	5	22	20	21	105

Nous savons maintenant que l'animation a été développée dans la majorité des structures du réseau socio-gérontologique par des équipes ne disposant pas de professionnels formés dans ce domaine. Il s'agit dès lors de connaître l'évolution de cette politique d'engagement au fil du temps. Nous étudions cette question à l'exemple des EMS.

Si l'on regarde la situation avant 1974, les trois EMS recensés qui bénéficient d'un service d'animation nouvellement créé ne disposent d'aucun animateur formé. C'est entre 1974 et 1994 que l'on voit apparaître les premiers animateurs formés : ainsi plus d'un tiers des EMS (8 structures sur 22) qui ont mis sur pied un service d'animation durant cette période, compte dans leur équipe au moins un animateur formé en travail social. Dès 1995, tout nouveau service d'animation en EMS comprend un animateur formé ou plus.

Quant à l'évolution du temps de travail des animateurs, nous observons qu'avant 1974, les trois EMS qui initient les activités d'animation disposent en moyenne de 0.73 postes d'animation par institution. Entre 1974 et 1994, cette moyenne passe à 1.17 postes par EMS

et à partir de 1995, elle atteint 1.5 postes. Même si le nombre de postes dédié à l'animation reste fort limité, nous constatons toutefois une progression au niveau de l'attribution des postes lors de la création d'un EMS.

Quelle était alors la formation initiale de ces animateurs non formés en travail social ? La moitié des structures (34 structures sur 65) déclare que les pionniers de l'animation provenaient du domaine des soins. Un peu moins d'un quart des professionnels (15 structures sur 65) possédaient un métier du champ technique, administratif ou hôtelier. S'agissant plus spécifiquement des EMS, notre enquête montre que le deux tiers (19 structures sur 28) de ces « premiers » animateurs étaient des soignants !

1.3. Conclusion

L'animation fait son apparition dans les années 60/70. Dans les EMS, elle se résume généralement dans ces débuts à des activités occasionnelles et/ou bénévoles. Par exemple, les directions d'établissement invitent des fanfares, des chorales ou des groupes de théâtre à l'occasion de fêtes telles que Noël, Pâques, etc. Dans les années 80, avec la mise en place des fondations et la construction d'établissements pourvus de 60 lits ou plus, il devenait nécessaire de développer des activités de loisirs pour les résidants afin d'occuper leur temps libre. Dans ce contexte, l'animation en EMS se développe, mais demeure néanmoins de type occupationnel. Les postes dévolus à l'animation sont généralement occupés par le personnel soignant et les programmes prennent le teint et la couleur de la personne qui détient le poste. Au début des années 90, on voit apparaître une animation davantage centrée sur les personnes âgées. Les professionnels s'organisent : une association des animateurs en EMS (AGASPA⁶²) voit le jour, revendiquant entre autres l'engagement de professionnels de l'animation dans le domaine socio-gérontologique. La nécessité de l'animation en maison de retraite semble aujourd'hui reconnue par tous ; néanmoins, la politique de l'Etat de Genève n'encourage pas réellement l'extension de l'animation dans les établissements médico-sociaux : elle n'a posé aucune exigence quant au quota de professionnels du travail social requis dans les EMS. En conséquence, le développement de l'animation au sein d'une institution a toujours résulté de la volonté de sa direction et des membres de la fondation.

Au niveau des structures intervenant auprès de la personne âgée vivant à domicile, l'animation fait également son apparition dans les années 1960-1969. Les mouvements catholiques et protestants sont les pionniers de cette pratique d'animation de loisirs. Dès les années 1970, de nombreuses structures se créent, allant des clubs d'aînés aux diverses organisations de loisirs, culturelles, communautaires, etc. La plupart de ces organismes fonctionnent sur la base du bénévolat et ne développent que rarement une réelle politique d'animation. Là encore la professionnalisation de l'activité d'animation se fait dans le courant des années 90.

« Les adultes âgés ne sont aujourd'hui plus condamnés à subir de manière passive les effets biologiques de l'accumulation des années, mais ils redeviennent des protagonistes de

⁶² AGASPA : Association Genevoise d'Animateurs Socio-culturels auprès des Personnes Agées

leur propre vie. » L'animateur, en tant que promoteur du lien social et de l'action participative, a un rôle central à jouer dans ce processus.

2. Réseau institutionnel comportant des activités d'animation

Comme nous l'avons relevé à plusieurs reprises, le réseau genevois intervenant auprès de la personne âgée offre des services multiples et variés. Après avoir décrit en détail les caractéristiques des différentes organisations de ce réseau, nous allons maintenant entrer dans le vif du sujet et nous intéresser plus spécifiquement à l'animation auprès de la personne âgée. Dans un premier temps, nous désirons savoir au sein de quelles structures sont organisées les activités d'animation.

Sur les 113 structures ayant participé à notre enquête, huit ne possèdent pas d'activité d'animation pour les seniors et n'ont donc pas répondu à la deuxième partie du questionnaire (tableau 24). Parmi les réponses négatives, on trouve un établissement hospitalier et, bien qu'il compte parmi ses prestations des activités récréatives, il n'emploie pas de travailleurs sociaux, les groupes de patients étant animés par des thérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, etc. Au niveau des structures de type domicile, trois institutions d'aide à domicile ne possèdent pas d'offres d'animation pour la personne âgée. Par ailleurs, deux maisons de quartier nous signalent que leur programme s'adresse principalement aux enfants et aux adolescents ; aucune animation n'est spécifiquement destinée aux aînés, même si ces derniers peuvent se joindre aux diverses activités proposées par les centres. Il y a également un organisme de type communautaire qui ne possède pas d'animation. Enfin, un service intervenant dans le domaine de la formation ne propose pas d'animation : les membres retraités de cette structure offrent conseil et soutien aux Petites et Moyennes Entreprises (PME) dans les pays en voie de développement et en Europe de l'est. Notre échantillon comprend donc en définitive 105 structures avec animation pour personnes âgées.

Tableau 24 – Existe-t-il dans votre organisation un service d'animation ou des activités d'animation pour personnes âgées ?

	EMS	Hôpital	Aide à dom.	Immeubles	Foyer de jour	Club d'aînés	Maison de quartier	UAC et autres services	Org. de défense	Service sportif, form., vac.	Total
Non	0	1	3	0	0	0	2	1	0	1	8
Oui	33	4	0	22	5	21	4	14	1	1	105
Total	33	5	3	22	5	21	6	15	1	2	113

En résumé, le tableau ci-dessus montre que les organismes d'hébergement pour personnes âgées du canton de Genève qui ont été retenus dans l'échantillon offrent tous certaines activités d'animation. L'ensemble des EMS possèdent un service d'animation, tout comme les départements des HUG accueillant des personnes âgées (Cesco, Loëx et Trois Chêne). Dans les organisations faisant partie de la catégorie « domicile », des actions d'animation auprès des seniors sont présentes dans les immeubles avec encadrement social, les foyers de jour, les clubs d'aînés et maisons de quartier, les unités d'action

communautaire et autres services. Certains organismes de défense ainsi que services sportifs, de formation et de vacances offrent également ce type de prestations, mais leur participation à notre étude étant très limitée (3 structures sur 18), il est difficile d'en tirer des conclusions générales.

Nous signalons toutefois que les services d'animation composés de professionnels formés en travail social et intervenant spécifiquement auprès de la personne âgée existent principalement dans les EMS, les services hospitaliers et les foyers de jour.

3. Moyens à disposition pour l'animation

Notre étude aborde également la question des conditions de travail dans lesquelles interviennent les animateurs du champ de la gérontologie. Dans cette perspective, nous avons utilisé les indicateurs suivants : statut du service d'animation au sein de l'organisation, budget de fonctionnement réservé au secteur, locaux spécifiques et moyens matériels mis à disposition des professionnels.

3.1. Statut de l'animation

La question du statut accordé au service ou aux activités d'animation dans l'organisation concernée nous informe sur la place de l'animation dans l'organigramme de l'institution. Le rattachement direct à la direction ou à l'organe administratif témoigne de la « centralité de l'animation » (Christe et al., 1998) dans l'organisation. Proches des instances décisionnelles, les professionnels du travail social ont ainsi la possibilité d'investir directement le projet institutionnel et d'explicitier si nécessaire leur approche, fort différente de la philosophie soignante qui prédomine dans ce champ d'intervention.

Les données recueillies montrent que 60% des services d'animation du réseau gérontologique échantillonné (64 structures sur 105) sont rattachés à la direction (tableau 25).

Si l'on passe en revue les différentes structures, il apparaît que l'ensemble des institutions de type domicile qui a répondu à cette question (54 structures sur 68) possède un lien direct avec un organe administratif : direction (34 structures sur 54) pour les uns, comité (7 structures sur 54) ou structure fédérative (13 structures sur 54) pour les autres.

Parmi les institutions de type hébergement, la situation est moins homogène. En ce qui concerne les EMS, l'animation se trouve rattachée à la direction dans huit cas sur dix (27 structures sur 33), tandis que 6 services dépendent d'un secteur parallèle (soins, hôtellerie, etc.).

Tableau 25 – Rattachement du service d’animation au sein de l’organisation

	EMS	Hôpital	Domicile	Total
Rattachement direct à la direction	27	3	34	64
Rattachement à un autre service (soins, hôtellerie, etc.)	6	1	0	7
Autre (comité, structure fédérative, etc.)	0	0	20	20
Sous-total	33	4	54	91
Non réponses	0	0	14	14
Total effectifs	33	4	68	105

Nous constatons donc que les services d’animation genevois occupent une place centrale dans l’organigramme de la plupart des structures proposant des actions pour et avec la personne âgée. Il est toutefois à relever que les équipes d’animation des deux plus grands EMS du canton sont rattachées à un service intermédiaire et non à la direction.

3.2. Locaux et matériels à disposition du service ou des activités d’animation

L’adéquation du matériel et la mise à disposition de locaux peuvent également permettre de mesurer la place accordée à l’animation au sein d’une structure. Afin de pouvoir intervenir dans de bonnes conditions, les professionnels de l’animation ont besoin d’espaces adaptés ainsi qu’un équipement approprié.

Nous nous intéressons dans un premier temps à la question des locaux. Sur un total de 102 répondants, 89 structures (soit 87%) possèdent des locaux spécifiques réservés au service d’animation du lieu. En ce qui concerne les organisations de type domicile, seuls 7 organismes sur 65 (10%) indiquent ne pas disposer de lieux pour les activités d’animation. Quant aux structures d’hébergement, 6 structures sur 37 (16%) ne disposent pas de locaux spécifiques ; il s’agit avant tout d’EMS.

La question suivante porte sur l’adéquation des lieux d’animation (tableau 26). Plus de la moitié des organisations (57 structures sur 105) est satisfaite des locaux affectés aux activités d’animation. Il reste 42 structures qui semblent moyennement contentes des espaces réservés au service d’animation et 3 organisations qui considèrent la situation comme franchement insatisfaisante. En conséquence, que la structure soit de type domicile ou de type hébergement, une majorité se montre satisfaite des locaux mis à disposition. Un quart de l’échantillon a toutefois un avis mitigé sur cette question.

Au niveau des institutions d’hébergement, la majorité se montre satisfaite des espaces réservés à l’animation (19 structures sur 37), et 15 structures sur 37 (40%) signalent ne disposer que de salles « plus ou moins » adaptées. Deux EMS, par contre, estiment que les locaux dont ils disposent sont adéquats.

En bref, une très large majorité des organisations recensées semblent trouver leurs locaux adéquats ou à tout le moins acceptables.

Tableau 26 – Les locaux affectés à l’animation vous semblent-ils adaptés à ce type d’activités ?

	Hébergement		Domicile				Total
	EMS	Hôpital	Immeubles	Foyer de jour	Organisations com., soc., cult. et de loisirs	Club d’aînés	
Oui	18	1	3	4	16	15	57
Plus ou moins	12	3	19	1	2	5	42
Non	2	0	0	0	0	1	3
Sous-total	32	4	22	5	18	21	102
Non réponses	1	0	0	0	2	0	3
Total effectifs	33	4	22	5	20	21	105

Notre questionnaire s’est aussi intéressé aux moyens matériels mis à disposition de l’équipe d’animation. Nous avons présenté aux interviewés une liste non exhaustive de huit items incluant un minibus équipé pour les sorties, du matériel administratif et informatique, l’accès à un téléphone, un portable pour les sorties ou un « bip », des livres, journaux et documents d’information divers pour les aînés, du matériel de cuisine tel que réchaud, frigo, vaisselle, etc., des appareils audiovisuels (musique, vidéo, spectacle, etc.) ou de jeux et autres outils didactiques, et enfin le matériel nécessaire pour développer les activités mises en place. Il apparaît que la majeure partie des structures sont bien équipées en moyens matériels. Le seul item absent dans un tiers des organisations (44 structures sur 105) est le moyen de transport, soit le minibus.

En résumé, nous pouvons affirmer qu’en règle générale, les services d’animation sont bien dotés en matériel de base nécessaire à leurs activités.

3.3. Budget d’animation

La discussion sur le budget est significative de l’importance accordée à ce champ professionnel au sein de l’institution. Il importe de manier les chiffres avec beaucoup de précaution car le taux de non réponses fut important. Par ailleurs, il nous a été impossible de calculer pour chaque type d’institution la part du budget global dévolu à l’animation, car nous avons utilisé des intervalles délimitant les tranches de budget trop étendues. Ce chiffre aurait été éminemment révélateur de l’importance accordée par l’institution à l’animation. En conséquence, nous avons tenté de mettre en relief les budgets des différentes structures avec leur taille.

Il apparaît qu’environ la moitié des structures d’hébergement (19 structures sur 36) possède un budget de fonctionnement pour l’animation supérieur à CHF 200'000, tandis que la majeure partie des organisations de type domicile ont un budget inférieur à ce montant (tableau 27).

Tableau 27 – Budget de fonctionnement annuel (frais de personnel inclus) du service d’animation des structures de type hébergement et de type domicile

	Hébergement	Domicile
Inf. à 15'000 CHF	0	31
de 15'000 à moins de 30'000 CHF	0	4
de 30'000 à moins de 50'000 CHF	0	5
de 50'000 à moins de 100'000 CHF	5	3
de 100'000 à moins de 200'000 CHF	12	5
200'000 CHF ou plus	19	4
Sous-total	36	52
Non réponse	1	16
Total effectifs	37	68

S’agissant des EMS, comme le montre le tableau 28, leur budget d’animation varie fortement, oscillant entre CHF 50'000 et plus de CHF 200'000. On observe à l’inverse que 15% de ces établissements (5 structures sur 33) disposent d’un budget d’animation relativement faible allant de CHF 50'000 à CHF 100'000 ; il s’agit en fait exclusivement de petites structures dont la capacité d’accueil est inférieure à 60 lits et dont le budget annuel ne dépasse pas 10 millions de francs. Par ailleurs, nous constatons que dans 12 EMS sur 33, les services d’animation recensés (36%) se voient attribuer un budget de fonctionnement annuel situé entre CHF 100'000 et CHF 200'000. Ces douze EMS forment un groupe fort hétérogène. Tout d’abord, nous avons affaire aussi bien à des petites institutions avec moins de 60 lits (7 structures sur 12) qu’à des EMS de taille moyenne offrant de 60 à 150 lits (5 structures sur 12). Concernant le budget annuel de ces institutions, celui-ci s’établit entre 1 et 30 millions de francs ! Enfin, la moitié des EMS (16 structures sur 33) dispose d’un service d’animation doté d’un budget supérieur à CHF 200'000 ; ce groupe est essentiellement composé d’EMS de moyenne et de grande taille puisque 13 d’entre eux ont une capacité d’hébergement de 60 lits ou plus. Néanmoins, 3 EMS pourvus de moins de 60 lits font partie de cette catégorie. L’animation semble y occuper une place prépondérante puisque le budget alloué à ce type de prestations est relativement élevé.

Il ressort de notre analyse que le budget de fonctionnement de l’animation est, en toute logique, étroitement lié à la taille de l’EMS : plus le budget total et le nombre de lits offerts sont élevés, plus le montant alloué à l’animation est important. Cependant, les sommes octroyées aux activités d’animation restent relativement modestes et varient fortement d’un établissement à un autre. Il n’existe pas de politique commune aux EMS en matière de politique budgétaire relative à ce champ d’intervention.

Tableau 28 – Budget de l’animation en fonction de la taille des EMS

	Inf. à 60 lits	60 à 100 lits	101 à 150 lits	Sup. à 151 lits
de 50'000 à moins de 100'000 CHF	5	0	0	0
de 100'000 à moins de 200'000 CHF	7	4	1	0
200'000 CHF ou plus	3	8	3	2
Total effectifs	15	12	4	2

En ce qui concerne les structures de type domicile, le budget de fonctionnement annuel attribué au service d'animation se situe en-dessous de CHF 200'000 pour 48 sur 52 d'entre elles, soit 92% des répondants (tableau 29).

Tableau 29 – Budget de fonctionnement annuel (frais de personnel inclus) du service d'animation des structures de type domicile (en CHF)

	Immeuble	Foyer de jour	Organisation de soutien et de défense	Maison de quartier	Unité d'action communautaire et autres services	Club d'aînés	Total
Inf. à 15'000	19	0	0	0	0	12	31
de 15'000 à moins de 30'000	0	0	0	0	1	3	4
de 30'000 à moins de 50'000	2	0	0	1	0	2	5
de 50'000 à moins de 100'000	0	1	0	0	2	0	3
de 100'000 à moins de 200'000	0	3	0	1	1	0	5
200'000 ou plus	0	1	1	1	1	0	4
Sous-total	21	5	1	3	5	17	52
Non réponse	1	0	0	1	10	4	16
Total effectifs	22	5	1	4	15	21	68

Les clubs d'aînés et les immeubles avec encadrement social possèdent les budgets d'animation les plus faibles de notre échantillon avec moins de CHF 15'000 par an. En effet, les clubs d'aînés fonctionnent exclusivement avec des bénévoles et ne doivent donc pas faire face à des frais de personnel. Leur programme d'animation est financé par les cotisations des membres et par la participation financière aux activités proposées aux usagers (par ex. repas payants). Les communes mettent à leur disposition les locaux et une partie du matériel. Quant aux immeubles avec encadrement social, des activités de loisirs y sont organisées ponctuellement, mais un réel projet d'animation y est absent. Les professionnels intervenant dans ces lieux semblent avoir pour tâche principale de gérer l'immeuble locatif et de répondre aux demandes individuelles des résidents.

Le budget de fonctionnement des foyers de jour attribué à l'animation varie entre CHF 50'000 et plus de CHF 200'000. Cette importante hétérogénéité budgétaire se retrouve également dans d'autres structures de type domicile telles que les maisons de quartier ou les unités d'action communautaire et autres services. Nous constatons qu'il n'existe pas de directives au niveau cantonal qui définissent les grandes lignes d'une politique institutionnelle en matière d'animation auprès des seniors.

Sur la base de nos données, il reste difficile à déterminer avec précision la part du budget global qu'une organisation réserve au champ de l'animation. Néanmoins, il ne semble pas très élevé si l'on tient compte de la taille de la structure et de la fourchette dans laquelle s'inscrit son budget.

3.4. Conclusion

En bref, nous pouvons retenir que la plupart des services d'animation des structures genevoises intervenant auprès de la personne âgée occupent une position centrale dans l'organigramme de leur institution. Ils jouissent également d'un environnement professionnel de bonne qualité au niveau des locaux et du matériel. Fort de ce constat, nous pouvons penser que l'animation en gérontologie bénéficie d'une bonne assise dans ce champ professionnel. Néanmoins, il semble que nous devons nuancer quelque peu cette image. Le fait que les deux EMS les plus grands du canton aient un service d'animation rattaché non pas à la direction mais à un secteur intermédiaire, nous laisse interrogateurs tout comme la faiblesse du budget de fonctionnement octroyé aux animateurs.

4. Professionnels de l'animation

4.1. Effectif des services d'animation

Ce chapitre porte sur l'effectif des personnes en charge de l'animation dans le réseau socio-gérontologique genevois et sur les nombres de postes d'animation. Par ailleurs, comment ces effectifs et le nombre de postes diffèrent-ils en fonction des types d'organisations du réseau gérontologique ?

Presque la moitié de notre échantillon, soit 49 structures sur 105, n'a pas répondu à ces questions. Ce faible taux de participation s'explique peut-être par une formulation limitative de la question. Nous avons demandé combien de personnes composent « l'équipe d'animation ». Cet énoncé a vraisemblablement exclu toute structure dont le fonctionnement est assuré par des bénévoles, tels que les clubs d'aînés. Par ailleurs, les grands ensembles institutionnels ayant répondu de façon groupée ne l'ont malheureusement pas détaillé ; c'est le cas des immeubles avec encadrement et des unités d'action communautaire.

Globalement, nous pouvons dire que les 56 structures ayant fourni une réponse à cette question emploient 212 professionnels. Sur l'ensemble des répondants, les trois quarts des services (44 structures sur 56) ne comportent pas plus de 5 animateurs engagés, dont un peu plus de la moitié des organismes (32 structures sur 56) compte au maximum 3 personnes dans leur équipe d'animation (tableau 30).

Tableau 30 – Nombre de personnes composant l'équipe d'animateurs

	Effectifs
1 personne	5
2 personnes	13
3 personnes	14
4 personnes	7
5 personnes	5
6 personnes	8
de 7 à 14 personnes	3
15 personnes ou plus	1
Sous-total	56
Non réponse	49
Total effectifs	105

En termes de postes de travail (tableau 31), il apparaît qu'un peu moins des deux tiers des organisations (67 structures sur 105) disposent de moins de 3 postes de travail en animation. Seules trois structures ont plus de 5 postes de travail dédiés à cette pratique.

Tableau 31 – Nombre de postes par structure dévolus à l'animation

	Effectifs
0 poste	23
Inférieur à 1 poste	6
de 1 poste à moins de 2 postes	25
de 2 postes à moins de 3 postes	13
de 3 postes à moins de 4 postes	9
de 4 postes à moins de 5 postes	7
5 postes ou plus	3
Sous-total	81
Non réponse	24
Total effectifs	105

Il s'agit maintenant de regarder de quelle manière le personnel se répartit en fonction des différents types d'institutions. Dans un premier temps, nous analysons les données relatives aux structures d'hébergement (tableau 32).

Dans les hôpitaux, l'effectif des professionnels de l'animation auprès de la personne âgée se situe entre 3 et 4 personnes par institution. Le nombre de postes réservés à l'animation dans les 4 établissements hospitaliers échantillonnés est de 2.7 postes en moyenne par structure.

Afin de calculer auprès de combien de patients un animateur intervient aux HUG, nous avons eu recours à l'étude de l'OCSTAT sur la prise en charge et les prestations sociales des personnes âgées du canton de Genève⁶³. Ce document nous livre le nombre exact de lits et l'effectif journalier moyen des patients pour les trois structures hospitalières qui nous

⁶³OCSTAT, op. cit.

intéressent, soit le Département de réhabilitation comprenant les Trois Chêne et le Cesco ainsi que le Département médical de Loëx. Nous apprenons ainsi que le Département de réhabilitation dispose de 393 patients en moyenne, tandis que le Département de Loëx compte 271 patients. En conséquence, la moyenne des postes en animation pour ces trois établissements est d'un animateur à temps plein pour 73 patients !

Tableau 32 – Nombre de personnes et de postes de l'équipe d'animation dans les structures de type hébergement

Nombre d'animateurs par équipe	EMS	Structures hospitalières
1 personne	2	0
2 personnes	7	0
3 personnes	11	1
4 personnes	4	3
5 personnes	4	0
6 personnes	5	0
Total effectifs	33	4

Nombre de poste à temps plein	EMS	Structures hospitalières
Inférieur à 1	2	0
de 1 à moins de 2	10	0
de 2 à moins de 3	11	1
de 3 à moins de 4	4	3
de 4 à moins de 5	5	0
de 5 à moins de 6	1	0
de 6 à moins de 7	0	0
Total effectifs	33	4

Les 33 EMS qui ont participé à notre enquête emploient 115 animateurs, disposant de 84.31 postes. Ils apparaissent par conséquent comme les employeurs par excellence des animateurs dans le domaine de la gérontologie. Par contre, l'enquête montre que les effectifs des services d'animation en EMS sont plutôt réduits. En effet, les équipes des trois cinquièmes des établissements (20 structures sur 33) comprennent au plus 3 animateurs.

La taille des EMS variant fortement, il importe de savoir auprès de combien de personnes âgées les animateurs interviennent. Nous avons utilisé comme indicateur de taille le nombre de lits par établissement, et l'avons mis en lien avec le nombre de postes réservés à l'animation (tableau 33). Nos données statistiques indiquent que la quasi totalité des EMS disposant de moins de 60 lits (14 structures sur 33) réservent pour leur secteur d'animation moins de 3 postes à temps plein. En moyenne, nous obtenons 1.8 postes de travail pour cette catégorie d'institutions. Les EMS allant de 60 à 100 lits, soit 12 structures sur les 33 de notre échantillon, ont entre 1 et 5 postes pour l'animation, soit en moyenne 2.5 postes par structure. Les organismes proposant de 101 à 150 lits consacrent en moyenne 3.4 postes à l'animation. Pour les deux établissements avec plus de 150 lits, le budget « personnel » compte en moyenne 4.8 postes. La dotation en personnel d'animation semble donc très étroitement liée à la taille de l'institution.

Nous pouvons encore affiner nos résultats et répondre à notre questionnement initial, celui de savoir auprès de combien de personnes âgées un animateur engagé à plein temps en EMS est censé intervenir. Dans cette perspective, nous avons comparé le nombre de postes de travail avec le nombre d'usagers fréquentant ces lieux d'hébergement. Nos données montrent que dans les EMS genevois, un professionnel de l'animation à temps plein travaille en moyenne auprès de 33.76 résidents. Si nous mettons ce résultat en rapport avec les professionnels des soins, nous constatons qu'un infirmier engagé à temps plein est compté en moyenne pour 2.17 seniors. Nous voyons que les écarts entre les deux corps de métiers sont considérables. Christe, Genton, Hirsch Durett, Mermoud et Müller notaient dans leur rapport de recherche, publié en 1998 : « Nous pouvons ainsi déjà constater que les équipes d'animation sont presque toujours de taille restreinte ; les équipes soignantes représentent des nombres de personnes et de postes sans commune mesure avec les équipes d'animation, et ceci quelle que soit la taille ou la nature de l'institution. » A la lumière de ces résultats, les EMS continuent de se profiler avant tout comme des lieux de soins et non comme des lieux de vie.

Sous la pression du vieillissement du public accueilli, l'intervention professionnelle des animateurs s'est modifiée, s'enrichissant d'une approche de plus en plus individualisée. Afin de pouvoir répondre à ces nouveaux besoins de prise en charge, une augmentation du personnel de ce champ professionnel devient donc incontournable.

Tableau 33 – Nombre de postes de travail à temps plein selon le nombre de lits, dans les structures de type hébergement

		Nombre de lits par...				
		EMS				Hôpital
		Inf. à 60	60 à 100	101 à 150	Sup. à 151	Sup. à 200
Nombre de postes	Inférieur à 1	2	0	0	0	0
	de 1 à moins de 2	8	2	0	0	1
	de 2 à moins de 3	4	5	2	0	3
	de 3 à moins de 4	0	4	0	0	0
	de 4 à moins de 5	1	1	2	1	0
	de 5 à moins de 6	0	0	0	1	0
Total		15	12	4	1	4

Dans un deuxième temps, nous nous intéressons aux structures appartenant au champ du domicile. Comme nous l'avons déjà souligné à plusieurs reprises, les organisations appartenant à cette rubrique sont fort variables au niveau de leurs offres de prestations, leurs tailles et le type de leurs intervenants. Nous nous proposons de passer en revue chacune des catégories pour aborder la question des effectifs engagés dans les secteurs d'animation.

Au cours de notre enquête, il est apparu que certaines organisations proposent des activités d'animation sans pour autant disposer d'une « équipe d'animation » au sens strict du terme. C'est le cas des clubs d'aînés. Nos statistiques montrent que le nombre de bénévoles actifs dans un comité se situe en général entre 5 et 6 personnes par association, même si la taille des associations est très variable : certaines comptent une trentaine de membres, d'autres plus de 200 personnes. Les professionnels de l'animation sont absents de ces organismes. Seuls les membres bénévoles du comité s'occupent de l'organisation

des activités et du fonctionnement de l'association. Les tâches administratives et organisationnelles dévolues aux comités sont considérables, d'autant plus qu'ils ne disposent souvent ni de matériel logistique adéquat, ni de connaissance spécifique en la matière. Les membres s'y adonnent avec dévouement, ne comptant souvent pas leurs heures, mais ils s'épuisent avec le temps. Lors de nos rencontres avec ces bénévoles, nous avons souvent entendu dire que la relève dans les comités faisait cruellement défaut. En conséquence, l'absence de nouvelles forces et surtout de professionnels formés ne permet pas aux clubs d'aînés de diversifier leurs offres, d'innover et de rester attractifs pour les seniors du canton.

Quant aux maisons de quartier et centres de loisirs, seules cinq institutions ont répondu à notre enquête. Elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des structures de la Fas'e qui comprend 41 organismes en tout. De ce fait, nous nous proposons de ne pas détailler davantage cette catégorie. Toutefois, nous pouvons dire que ces structures possèdent toutes des professionnels formés spécifiquement dans l'animation socioculturelle. Elles sont bien implantées dans les différents quartiers et communes du canton. Il est regrettable que leurs activités se limitent avant tout aux populations des enfants et adolescents. Elles ont les connaissances, l'expérience et le savoir faire pour intervenir auprès d'un public âgé vivant à domicile et ainsi favoriser les relations intergénérationnelles.

Les unités d'action communautaire de la Ville de Genève nous ont retourné un questionnaire groupé pour l'ensemble de leurs structures. Il nous est difficile, de ce fait, d'avoir des données précises. Selon les informations complémentaires obtenues auprès du personnel⁶⁴, une personne par équipe intervient plus spécifiquement auprès du public âgé, son taux d'activité se situant autour de 80% en moyenne. Les équipes sont essentiellement composées de travailleurs sociaux (éducateurs sociaux, animateurs socioculturels et assistants sociaux). L'effectif pour l'ensemble des huit UAC comprend 28 personnes. Les professionnels sont des agents de l'intervention communautaire et de proximité. Ils ne proposent pas d'actions spécifiques destinées aux aînés, mais développent des projets avec la participation des habitants d'un quartier dans le but d'améliorer leur qualité de vie et de renforcer le lien social, tout en portant une attention particulière à la personne âgée vivant à domicile. L'approche est novatrice, il serait intéressant d'investiguer davantage cette pratique professionnelle à l'avenir.

Les immeubles avec encadrement social disposent de plusieurs types de personnel : les gérants et intendants sociaux, les aides de salle à manger et les permanents nocturnes. Par manque de données, nous ne pouvons pas fournir plus de renseignements sur les effectifs professionnels car seuls deux organismes ont répondu à cette partie de notre questionnaire. Toutefois, le document de l'OCSTAT⁶⁵ de 2004 offre quelques précisions. Ainsi, nous apprenons que le personnel employé par la FSASD dans les 19 immeubles du canton « représente 98 personnes pour 48 postes ». Là encore, des activités d'animation sont proposées aux résidents des immeubles, mais seuls quelques gérants sociaux possèdent une formation de travailleur social. Outre la gestion de l'immeuble, ces professionnels répondent à des demandes individuelles des habitants et proposent quelques activités de

⁶⁴ Entretiens téléphoniques ou commentaires notifiés sur le questionnaire

⁶⁵ OCSTAT, op. cit.

loisirs. Dans ce contexte, nous pouvons constater qu'il n'existe pas aujourd'hui un réel projet d'animation dans les immeubles avec encadrement social.

Le dernier groupe institutionnel (tableau 34) de type domicile comprend les foyers de jour. Notre sondage montre qu'un seul foyer de jour travaille sans professionnels de l'animation, même si ce type de prestations est offert par l'institution. Dans trois structures sur 5, l'équipe des professionnels comporte deux animateurs, et un foyer de jour utilise 3 personnes. En termes de postes de travail à plein de temps, l'animation se voit attribuer entre 1 et 4 postes. Si nous mettons ces résultats en regard de l'effectif moyen des postes occupés par les foyers de jour genevois (qui se situe autour de 5 postes), nous pouvons dire que 1.8 poste est réservé au champ de l'animation, soit un peu plus d'un tiers des postes de travail disponibles (36%). En comparaison, 1.06 postes en moyenne (21%) sont octroyés au personnel des soins. Nous constatons que dans les foyers de jour l'accent est mis davantage sur l'approche sociale. Le rapport 2004 de l'OCSTAT⁶⁶ confirme cette affirmation en soulignant que le personnel social est prépondérant dans ces structures. Il « occupe environ la moitié des postes (51%) et représente 49% des personnes employées ».

Tableau 34 – Nombre de personnes et de postes d'animation dans les foyers de jour

	Nombre d'animateurs par équipe
0 personne	1
1 personne	0
2 personnes	3
3 personnes	1
Total effectifs	5

	Nombre de postes d'animation à temps plein
de 1 à moins de 2 postes	3
de 2 à moins de 3 postes	1
de 3 à moins de 4 postes	1
Total effectifs	5

Pour résumer, il est difficile de parler d'effectifs ou de services d'animation socio-gérontologique dans les structures de type domicile et ceci pour différentes raisons... Premièrement, nous avons affaire à des organisations qui ne sont pas composées de professionnels du travail social, tels que les clubs d'aînés où l'ensemble de l'animation repose sur le dévouement de quelques bénévoles. Deuxièmement, à l'image des maisons de quartier, nous sommes en présence de véritables équipes de professionnels de l'animation, mais elles n'ont pas le mandat d'intervenir auprès du public âgé. Troisièmement, les UAC proposent des actions spécifiques à la population âgée d'un quartier, mais ces agents communautaires se défendent d'être assimilés à des animateurs socioculturels. Quatrièmement, dans les immeubles avec encadrement social, il n'existe pas d'équipes de professionnels du travail social. L'hétérogénéité des effectifs, le manque de moyens techniques, de disponibilité ou encore de compétences ne permettent pas aux responsables

⁶⁶OCSTAT, op. cit.

des immeubles d'investir cette pratique professionnelle. Finalement, seuls les foyers de jour ont des équipes d'animation intervenant auprès du public âgé du canton.

4.2. Intervenants extérieurs

Les structures du réseau intervenant auprès de la personne âgée ne travaillent pas seulement avec des professionnels engagés par l'organisme. La quasi totalité des institutions (95%) indiquent avoir recours à du personnel externe. Il s'agit surtout de vacataires, de bénévoles et de stagiaires comme le montre le tableau ci-après. Elles ne font que peu appel aux civilistes et aux chômeurs. Les civilistes œuvrent surtout dans les équipes d'animation des EMS, tandis que les personnes au chômage sont plutôt insérées dans les services d'animation des structures hospitalières. Fort de ce constat, nous nous intéressons prioritairement aux trois catégories d'intervenants extérieurs les plus présents dans le réseau.

Tableau 35 – Types d'intervenants extérieurs présents dans l'ensemble des structures du réseau socio-gérontologique recensées

	Effectif
Vacataires	77
Civilistes	6
Stagiaires	37
Chômeurs	14
Bénévoles	63
Sous-total	96
Non réponse	9
Total effectifs	105

Comme le montre le tableau 36, l'étude des différents types d'intervenants met en évidence le fait que, parmi les intervenants extérieurs, les bénévoles sont présents dans toutes les structures sans exception et ceci de façon significative. Le trois quart des EMS (26 structures sur 33) font appel à eux. Les structures hospitalières et les foyers de jour répondent tous avoir recours au bénévolat pour l'organisation de leurs prestations, tout comme la plupart des clubs d'aînés (14 structures sur 21) et les organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs (14 structures sur 20).

Les vacataires sont des intervenants externes spécialisés dans un domaine précis. Quasi tous les EMS (30 structures sur 33) ont recours à eux ainsi que les foyers de jour. Le deux tiers des clubs d'aînés, maisons de quartier et autres structures communautaires font intervenir des vacataires. Ce type de professionnels est par contre totalement absent des structures hospitalières.

Quant aux stagiaires, nous les trouvons dans tous les foyers de jour et établissements hospitaliers. La quasi totalité des maisons de quartier et organisations communautaires disent travailler avec ce type de professionnels. Le deux tiers des EMS (21 structures sur 33) engagent des stagiaires. Par contre, ils sont totalement absents des clubs d'aînés.

Tableau 36 – Présence des intervenants extérieurs dans le réseau gérontologique genevois

		Bénévoles	Vacataires	Stagiaires	Sous-total	Non réponse	Total effectifs
Hébergement	EMS	26	30	21	33	0	33
	Hôpital	4	0	4	4	0	4
Domicile	Foyer de jour	5	5	5	5	0	5
	Club d'aînés	14	11	0	16	5	21
	Organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs	14	10	14	16	4	20

4.3. Conclusion

Même si l'animation est bien présente dans la plupart des établissements intervenant auprès des seniors, le nombre de professionnels et de postes sont faibles par rapport à la taille des institutions, à l'ensemble des personnes accueillies ainsi qu'aux autres champs de métier. La moitié des équipes d'animation de ces structures est composée de moins de 3 personnes et dispose de moins de 3 postes à plein temps. Ce manque de personnel est comblé, en partie, par le recours à des personnes extérieures à la structure, essentiellement des bénévoles, des vacataires et des stagiaires.

Nous constatons donc que les professionnels de l'animation sont sous-représentés dans le champ de la gérontologie ; nos données démontrent qu'un animateur à temps plein en EMS doit intervenir en moyenne auprès de 33.8 résidents. Par ailleurs, avec des services d'animation comportant deux personnes, peut-on encore parler d'équipe ? Ne faut-il pas au moins trois animateurs et plus pour créer une réelle dynamique de groupe ? Les personnes extérieures venant compléter les actions des professionnels sur le terrain interviennent de façon ponctuelle et sporadique ; de plus, elles ne possèdent pas nécessairement de formation spécifique dans le travail social ou la gérontologie. Enfin, nous ne pouvons les considérer comme partie intégrante d'une équipe, un cheminement commun et au quotidien, des échanges réguliers et entre pairs formant la base de toute construction de groupe. Un renforcement des professionnels en travail social semble donc s'imposer si l'on veut que les EMS restent de véritables lieux de vie.

Au printemps 2007, l'initiative cantonale 125 défendait une prise en charge de qualité des personnes âgées vivant en EMS. Les travailleurs sociaux du champ d'animation y demandaient que les EMS disposent à l'avenir d'au minimum 6 postes d'animation pour 100 pensionnaires, soit 1 animateur à plein temps pour 16.6 résidents. Notre sondage montre que nous sommes encore loin de cet idéal. L'initiative ayant été acceptée par les citoyens genevois à près de 60% (59,6%), l'avenir nous dira si cette demande trouvera un écho parmi les employeurs et les décideurs politiques genevois.

5. Qualification professionnelle

Le métier de l'animation est apparu dans le vaste champ gérontologique genevois il y a un demi-siècle ; il s'est petit à petit étendu et professionnalisé. Il s'agit maintenant de dessiner le portrait de ces professionnels. Qui sont-ils ? Quelle est leur formation

professionnelle ? Quelles compétences spécifiques leur sont indispensables dans le domaine de la gérontologie pour exercer ce métier ? Existe-t-il un cahier des charges qui définit clairement les attentes de l'institution face à ces intervenants ? Autant de questions auxquelles nous tenterons d'apporter une réponse dans ce chapitre.

Notre analyse relative à cette partie se limite à trois catégories institutionnelles et ceci pour différentes raisons. Premièrement, nous avons retenu uniquement les groupes dont l'ensemble des structures a répondu aux questions relatives à la formation professionnelle de leur personnel. Deuxièmement, certains organismes n'ont pas donné suite à ce sujet parce qu'ils ne travaillent qu'avec des bénévoles (par ex. clubs des aînés). Troisièmement, les organisations ayant fait le choix de regrouper en un seul questionnaire l'ensemble de leurs structures n'ont pas fourni des informations détaillées sur cette thématique (ex. immeubles avec encadrement social gérés par la FSASD, unités d'action communautaire de la Ville de Genève). De ce fait, nous avons étudié plus particulièrement les structures hospitalières et les EMS en ce qui concerne les établissements de type hébergement, et les foyers de jour pour les structures de type domicile. Nous avons vu précédemment qu'il s'agit là des trois catégories d'institutions du canton de Genève qui interviennent spécifiquement auprès de la personne âgée et emploient des professionnels du champ de l'animation socioculturelle.

5.1. Profil de formation du personnel de l'animation

Notre bref parcours à travers l'histoire de l'animation en EMS a montré que les professionnels qui exerçaient à l'origine cette fonction étaient rarement au bénéfice d'une formation dans le champ social. C'est seulement dans les années 1990 que des animateurs formés ont été recrutés dans ce type de structures professionnelles. Quelle est la situation aujourd'hui ? De quelle formation professionnelle bénéficient les personnes engagées comme animateurs ? Quel type de formation professionnelle est exigé par les employeurs du réseau gérontologique ?

Nous avons différencié trois types de professionnels intervenant dans le champ de l'animation en gérontologie.

1. Les animateurs munis d'une formation de niveau tertiaire. Ce groupe comprend, d'une part, les travailleurs sociaux diplômés : il s'agit de professionnels au bénéfice d'une formation complète en travail social d'une durée de 3 ans, dispensée par l'une des Hautes Ecoles Spécialisées en travail social en Suisse (HES). D'autre part, on y trouve les universitaires en possession d'une licence en sciences de l'éducation ou en psychologie.
2. Les professionnels dotés d'une formation spécifique pour ce champ d'intervention, soit les animateurs qualifiés en gérontologie. L'association faîtière des EMS vaudois (AVDEMS), puis celle de Genève (FEGEMS), ont mis sur pied une formation spécifique pour animateurs en établissement médico-social. Ces cours sont destinés au personnel peu qualifié et déjà en fonction comme animateur. Ces animateurs AVDEMS et FEGEMS « sont clairement formés à travailler spécifiquement en milieu institutionnel et leur qualification n'est pas reconnue par d'autres instances ou d'autres employeurs. Cependant, ce niveau de formation conçu par les employeurs dans un contexte

spécifique et pour des tâches spécifiques représente aujourd'hui encore un modèle que de nombreuses institutions estiment satisfaisant. »⁶⁷

3. Les professionnels sans formation spécifique : il s'agit des « aides animateurs », personnel sans qualification professionnelle.

Dans ce chapitre, nous étudions les institutions suivantes de notre échantillon : les EMS, les structures hospitalières et les foyers de jour. Comme le montre le tableau ci-dessous, les deux tiers de ces institutions (29 structures sur 42) engagent des professionnels avec une formation de niveau tertiaire. Nous constatons néanmoins que le personnel moins - voire pas du tout qualifié - reste encore bien présent dans ce type d'organisations puisque 40% d'entre elles, soit 17 structures sur 42, ont recours à leurs services. Nous pouvons également observer que les animateurs qualifiés en gérontologie n'interviennent que dans les EMS.

Tableau 37 – Type de formation des animateurs actuellement sous contrat dans l'organisation

	Animateur avec un niveau de formation tertiaire	Animateur qualifié en gérontologie	Aide animateur	Autre*
EMS (33 structures)	20	25	14	5
Hôpital (4 structures)	4	0	0	0
Foyer de jour (5 structures)	5	0	3	1
Total effectifs	29	25	17	6

* Universitaire sans licence, hôtesse d'accueil en formation, intendant social, etc.

Nous allons examiner en détail la question de la qualification du personnel dans les trois organisations sélectionnées ici, en commençant par les EMS.

Les EMS comptent parmi leurs équipes les trois catégories professionnelles définies plus haut : animateur avec un niveau de formation tertiaire, animateur qualifié en gérontologie et aide animateur. Comme l'indique le tableau 37, 20 EMS de notre échantillon emploient des professionnels avec un niveau de formation tertiaire. Les trois quarts des établissements (25 structures sur 33) travaillent avec des animateurs qualifiés en gérontologie. Les équipes sont complétées par des aides animateurs, personnes sans formation qualifiante : 14 EMS sur 33, soit 42%, recourent à cette catégorie de professionnels.

Nous avons aussi analysé le profil de qualification des animateurs employés dans les EMS de notre échantillon. Le tableau ci-dessous énumère les différentes catégories professionnelles engagées par les EMS.

Nous constatons que presque la moitié des EMS (15 structures sur 33) travaillent avec des animateurs socioculturels diplômés de niveau HES. Parmi ces institutions, trois ont des équipes d'animation composées uniquement d'animateurs socioculturels diplômés. Dans sept EMS, ces animateurs socioculturels diplômés collaborent avec des universitaires licenciés, assistés ou non par des animateurs qualifiés et/ou des aides animateurs. Dans les cinq autres EMS, les animateurs socioculturels diplômés peuvent compter sur l'appui d'animateurs qualifiés ou d'aides animateurs.

⁶⁷ Christe, Genton, Hirsch Durette, Mermoud et Müller, 1998

Il y a 5 EMS dont le service d'animation fonctionne sans travailleurs sociaux diplômés, mais avec au moins un universitaire licencié. Nous pouvons souligner que les animateurs licenciés ne travaillent jamais seuls, ils sont toujours assistés d'un animateur qualifié ou d'un aide animateur.

Parmi les 13 institutions dont l'équipe d'animation ne comprend ni animateur socioculturel diplômé ni universitaire licencié, on trouve 12 EMS avec des animateurs qualifiés en gérontologie. Trois EMS ont un service d'animation composé exclusivement de ce type de professionnels. Dans les 9 autres EMS, les animateurs qualifiés sont assistés par des aides animateurs ou des personnes n'ayant pas de formation dans le domaine socio-sanitaire. Nous nous apercevons que les directions des EMS privilégient la configuration « animateur qualifié en gérontologie et aide animateur ». Enfin, le service d'animation d'un EMS est composé uniquement d'une personne sans diplôme en animation.

Ce résultat nous permet d'affirmer que les services d'animation des EMS genevois se sont fortement professionnalisés ces dernières années ouvrant leurs portes à des personnes avec une formation en travail social et plus particulièrement en animation socioculturelle.

Tableau 38 – Degré de qualification des équipes d'animation dans les EMS

Travailleur/s social/aux diplômé/s (HES)	3
Universitaire/s licencié/s	0
Animateur/s qualifié/s en gérontologie	3
Aide/s animateur/s	0
Autre/s	1
Travailleur/s social/aux diplômé/s (HES) + Universitaire/s licencié/s	1
Travailleur/s social/aux diplômé/s (HES) + Animateur/s qualifié/s en gérontologie	2
Travailleur/s social/aux diplômé/s (HES) + Aide/s animateur/s	2
Universitaire/s licencié/s + Animateur/s qualifié/s en gérontologie	4
Universitaire/s licencié/s + Aide/s animateur/s	1
Animateur/s qualifié/s en gérontologie + Aide/s animateur/s	7
Animateur/s qualifié/s en gérontologie + Autre/s	2
Travailleur social diplômé (HES) + Universitaire licencié + Animateur qualifié en gérontologie	3
Travailleur/s social/aux diplômé/s (HES) + Animateur/s qualifié/s en gérontologie + Aide/s animateur/s	1
Travailleur/s social/aux diplômé/s (HES) + Universitaire/s licencié/s + Animateur/s qualifié/s en gérontologie + Aide/s animateur/s	3
Total effectifs	33

Passons maintenant à la question du nombre de professionnels en animation dans les EMS selon leur type de formation. Comme le montre le tableau 39, l'ensemble des EMS recensés dans notre enquête emploie 115 animateurs. Un peu moins d'un tiers d'entre eux (38 animateurs sur 115) est en possession d'un titre professionnel de niveau tertiaire, tandis qu'un peu plus des deux tiers (77 animateurs sur 115) sont soit des animateurs qualifiés, soit des aides animateurs, soit appartiennent à d'autres catégories professionnelles. Remarquons également que le type de professionnels le mieux représenté dans les EMS de notre enquête est donc celui des animateurs qualifiés, avec 53 personnes : ils forment 46% de l'ensemble des animateurs en EMS.

En conclusion, nous constatons que même si les animateurs avec un niveau de formation tertiaire sont présents dans une majeure partie des services d'animation des EMS, leur nombre est assez faible. Les équipes d'animation en EMS restent majoritairement composés de professionnels au bénéfice d'un certificat en gériatrie ou sans formation.

Tableau 39 – Nombre d'animateurs actuellement sous contrat dans l'organisation en fonction de leur type de formation

	EMS (33 structures)	Hôpital (4 structures)	Foyer de jour (5 structures)
Travailleur social diplômé (HES)	22	13	10
Universitaire licencié (FPSE, psychologie)	16	0	2
Animateur qualifié en gérontologie (FEGEMS – AVDEMS – BEATEP)	53	0	0
Aide animateur	19	0	6
Autre	5	0	0
Total effectifs	115	13	18

Envisageons à présent d'analyser la question de la qualification du personnel en fonction de la taille des EMS. Plus précisément, nous voulions savoir si le degré de qualification des professionnels avait un lien ou non avec la taille de l'institution. Le tableau 40 restitue la répartition des animateurs selon leur profil de formation et la taille des EMS.

Tableau 40 – Nombre d'animateurs en fonction de la taille des EMS

	15 EMS avec moins de 60 lits	12 EMS avec 60 à 100 lits	4 EMS avec 101 à 150 lits	2 EMS avec plus de 151 lits
Animateur avec formation de niveau tertiaire	10	15	7	6
Animateur qualifié en gérontologie	18	23	8	4
Aide animateur et autre	12	7	4	1
Total effectifs	40	45	19	11

Dans notre échantillon, nous comptons 15 EMS disposant de moins de 60 lits. Ces petits EMS emploient pour l'animation 40 personnes. Le quart de ces professionnels (10 animateurs sur 40) sont au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire, tandis que presque la moitié (18 animateurs sur 40) possède la formation d'animateur qualifié en gérontologie. Le personnel sans qualification est également bien présent dans ces structures avec presque un quart des effectifs (12 animateurs sur 40).

Par ailleurs, 12 EMS avec une capacité d'accueil de 60 à 100 lits travaillent avec 45 professionnels de l'animation, dont un tiers (15 animateurs sur 45) ont une formation HES ou universitaire. Dans ces institutions, les animateurs qualifiés continuent à être la catégorie professionnelle la plus représentée avec plus de la moitié des effectifs, soit 23 personnes sur 45. Les aides animateurs constituent 15% (7 animateurs sur 45) du personnel du service d'animation.

Les 4 EMS accueillant 101 à 150 résidents engagent 19 animateurs. Les professionnels avec une formation de niveau tertiaire forment plus d'un tiers des effectifs, tandis qu'environ

2 personnes sur 5 sont des animateurs qualifiés. Les aides sont peu présents dans cette catégorie institutionnelle.

Finalement, dans les 2 EMS disposant de plus de 150 lits, les animateurs avec un diplôme HES ou universitaire sont majoritaires (6 animateurs sur 11). Les animateurs qualifiés forment un peu plus d'un tiers du personnel d'animation (4 animateurs sur 11).

Cette analyse nous permet de constater qu'il existe une grande hétérogénéité au niveau de la qualification des équipes d'animation dans les EMS genevois. Cette diversité révèle l'absence d'une politique d'engagement commune du personnel de l'animation ainsi que du rôle qu'il joue dans la prise en charge de nos aînés. L'importance donnée à cette offre de prestations semble dépendre uniquement de la bonne volonté de la direction de l'institution ainsi que de son conseil.

Par ailleurs, elle nous amène à poser l'hypothèse que plus l'EMS est grand, plus le nombre de professionnels avec une formation HES ou universitaire est important.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons calculé pour chaque EMS d'une taille donnée le nombre moyen d'animateur selon leur qualification professionnelle (tableau 41) : niveau de formation tertiaire, formation qualifiée en gérontologie ou sans formation (aide animateur et autre). Pour ce faire, nous avons, pour chaque taille d'EMS donnée (exemple : les EMS avec moins de 60 lits), divisé le nombre d'animateurs d'un degré de qualification (exemple : animateur avec formation tertiaire dans EMS avec moins de 60 lits = 10) par le nombre d'EMS de cette catégorie (exemple : 15 EMS). On obtient ainsi pour un EMS d'une taille donnée, le nombre moyen d'animateurs en fonction de leur profil de qualification (exemple : animateur de formation tertiaire des EMS avec moins de 60 lits = 0.6). L'addition de ces moyennes nous permet de disposer du nombre moyen d'animateurs engagés dans un EMS d'une taille donnée.

Nous constatons ainsi que le nombre moyen d'animateurs par EMS accroît avec la taille des EMS. En effet, en comparant un EMS avec moins de 60 lits avec un EMS avec plus de 151 lits, nous remarquons que le nombre moyen d'animateurs est deux fois plus élevé. Ce constat semble évident, puisque nous avons aussi plus du double de résidents. Mais revenons à notre questionnement initial : qu'en est-il du rapport entre la qualification professionnelle des animateurs et la taille d'un EMS ?

Tableau 41 – Nombre moyen d'animateurs en fonction de la taille des EMS

	15 EMS avec moins de 60 lits	12 EMS avec 60 à 100 lits	4 EMS avec 101 à 150 lits	2 EMS avec plus de 151 lits
Animateur avec formation de niveau tertiaire	0.6	1.25	1.75	3
Animateur qualifié en gérontologie	1.2	1.9	2	2
Aide animateur et autre	0.8	0.6	1	0.5
Nombre moyen d'animateurs par taille d'institution	2.6	3.75	4.75	5.5

Pour calculer la proportion d'animateurs avec formation de niveau tertiaire dans un EMS avec moins de 60 lits, il nous faut diviser le nombre moyen d'animateurs avec formation de niveau tertiaire (0.6) par le nombre moyen d'animateurs par taille d'institution (2.6).

Les résultats ainsi obtenus (tableau 42) font clairement apparaître que plus l'EMS est grand, plus l'équipe d'animation est qualifiée. A l'inverse, nous constatons une nette diminution des animateurs avec une formation qualifiante ou sans formation. Notre hypothèse de départ se confirme donc, si les animateurs de formation tertiaire progressent de plus de 30%, les animateurs qualifiés en gérontologie ainsi que les aides animateurs diminuent respectivement de 10% et de 20%. Nous pouvons ainsi affirmer que la qualification du personnel en animation est fonction de la capacité d'accueil d'un EMS.

Tableau 42 – Proportion du personnel d'animation en fonction de la taille des EMS

	EMS avec moins de 60 lits	EMS avec 60 à 100 lits	EMS avec 101 à 150 lits	EMS avec plus de 151 lits
Animateur avec formation de niveau tertiaire	23%	33%	37%	54%
Animateur qualifié en gérontologie	46%	51%	42%	36%
Aide animateur et autre	31%	26%	21%	10%

Une de nos questions portait également sur le niveau de formation exigé par les différentes directions des EMS. Tout d'abord, nous voulions savoir si en l'absence d'une formation spécifique en animation, l'organisation prévoyait ou obligeait le personnel concerné d'en acquérir une. Nos statistiques montrent que les directions de trois EMS sur cinq (20 structures sur 33) affirment vouloir former leur personnel non qualifié. Cependant, ils privilégient largement la formation qualifiante (16 structures sur 33) à une formation de niveau tertiaire (6 structures sur 33).

En cas de nouvel engagement, 40% des EMS (13 structures sur 33) exigent aujourd'hui un titre HES ou universitaire tandis que 60%, soit 20 structures sur 33, se contenterait de recruter du personnel avec une formation qualifiante ou sans aucune formation professionnelle. Par ailleurs, les employeurs ne rencontrent pas de difficulté à recruter du personnel diplômé.

Après avoir considéré en détail le profil professionnel des animateurs en EMS, voyons ce qu'il en est de la situation dans les hôpitaux gériatriques genevois. Ils emploient uniquement des animateurs avec un titre HES (tableau 37). L'ensemble du personnel possède un bon niveau de qualification ; toutefois leur nombre est faible compte tenu de la taille de ces structures.

Les cinq foyers de jour du canton comptent parmi leurs effectifs 18 professionnels de l'animation. 10 d'entre eux sont au bénéfice d'une formation HES ou universitaire. Les équipes sont complétées par des aides animateurs sans formation qualifiante ainsi que des personnes sans formation dans le domaine social. L'ensemble de ces équipes possède donc, soit des travailleurs sociaux HES, soit des universitaires.

Pour conclure, comme l'écrit Roche : « L'animation dans les établissements de personnes âgées jouit actuellement d'un statut paradoxal. Tout le monde l'estime indispensable et pourtant personne ne sait trop à quoi elle correspond »⁶⁸ ou ce qui est attendu des professionnels. Le cahier des charges devrait permettre de définir la nature de cette pratique

⁶⁸ Roche P., *In Gérontologie et société*, no 66

professionnelle. Selon notre sondage, 88% des organisations (37 structures sur 42) y ont recours. Toutefois, peu d'institutions nous ont fait parvenir leur cahier des charges. Nous ne pouvons donc pas davantage approfondir ce thème.

5.2. Compétences professionnelles relatives au métier d'animateur travaillant auprès de personnes âgées

En tant qu'institution de formation, il nous importait d'obtenir des informations sur les compétences professionnelles nécessaires aux animateurs intervenant auprès de la personne âgée, afin de vérifier l'adéquation de la formation offerte par la HETS Genève et les besoins en formation sur le terrain professionnel. Nous avons proposé une liste d'indices inspirée du référentiel de compétences métiers de l'animation socioculturelle ainsi que de celui de la HES romande en travail social. Elle porte sur un certain nombre d'items tels que les connaissances en gérontologie ou de l'institution, la capacité à développer une relation professionnelle avec les usagers, le développement de la communication interne et externe, la compétence de savoir engager et questionner une action, l'encouragement à la participation des personnes et des groupes, la gestion de son cadre de travail ou la direction d'une équipe, etc.

Les résultats de notre enquête permettent de dégager trois compétences-clés. La première porte sur les connaissances en gérontologie. Selon les milieux professionnels interrogés, un animateur intervenant auprès de la personne âgée doit avoir de solides connaissances sur le vieillissement de l'être humain et les pathologies pouvant survenir pendant cette étape de la vie. Il s'agit également d'amener le professionnel à réfléchir sur ses propres représentations de la vieillesse, y compris de son propre vieillissement. « La vieillesse est forcément dans le futur du professionnel (...) et elle représente pour lui des craintes et espoirs » (Kern, 2006). La deuxième compétence-clé est la capacité de développer une relation professionnelle avec les usagers dans une attitude appropriée permettant le respect et la confiance entre les différents acteurs. Pour finir, la troisième compétence-clé met l'accent sur l'aptitude à engager une action tout en encourageant la participation des différents acteurs et en se questionnant sur son sens. Plusieurs répondants nous ont fait remarquer qu'il est nécessaire d'avoir des compétences créatives dans le domaine de l'animation auprès de la personne âgée. Cet item ne figurait pas dans notre liste.

Si nous nous intéressons plus spécifiquement aux réponses fournies par les EMS, les structures hospitalières et les foyers de jour (tableau 43), nous retrouvons les trois volets présentés ci-dessus : les connaissances de la personne âgée et du milieu gérontologique, le savoir être avec l'utilisateur, ainsi que la capacité à construire et à réaliser des actions. L'analyse des données récoltées dans ces trois structures montrent également qu'un professionnel de l'animation auprès de la personne âgée doit savoir favoriser la communication interne, connaître son institution et gérer son cadre de travail. Il s'agit de compétences relatives au fonctionnement et à l'organisation d'une institution. Nous l'avons déjà vu plus haut, les professionnels de l'animation interviennent dans un milieu caractérisé par la pluridisciplinarité. Des soignants, des professionnels de l'hôtellerie, du personnel administratif et des travailleurs sociaux, etc. se côtoient au quotidien, et chaque profession

possède sa déontologie, sa culture, son langage. Dans cette perspective, il est primordial que les différents intervenants sachent communiquer entre eux. Par ailleurs, pour concevoir des actions d'animation adaptées à l'établissement et correspondant aux attentes du public, l'animateur doit avoir une bonne compréhension de son contexte d'intervention.

A l'inverse, un certain nombre de compétences professionnelles n'ont récolté que peu de suffrages lors de notre enquête. C'est le cas des items suivants : développer la communication externe, communiquer sur le plan interculturel et avoir des qualités de médiateur. Pourtant, si nous voulons, en tant que travailleur social, combattre l'exclusion et l'isolement de la personne âgée, et promouvoir le rôle et la place de nos aînés, il faut modifier les représentations péjoratives que notre société véhicule à leur encontre, à travers, entre autres, des interventions ciblées dans les médias et des actions de médiation entre les différentes générations et cultures.

Pour terminer, la compétence « diriger une équipe de travail » a été choisie par une seule des 42 institutions sélectionnées ici.

A notre avis, les professionnels de l'animation formés au niveau tertiaire vont devoir assumer, à l'avenir, ce type de tâches d'encadrement et de gestion d'équipe, surtout avec l'engagement des CFC sur le terrain.

Tableau 43 – Compétences professionnelles relatives au métier de travailleur social et leur degré d'importance dans le champ gérontologique

	EMS (sur 33)	Hôpital (sur 4)	Foyer de jour (sur 5)	Total effectifs (sur 42)
Avoir des connaissances en gérontologie	23	4	4	31
Etre capable de développer une relation professionnelle avec les usagers	26	3	3	32
S'interroger sur le sens de son action	21	1	3	25
Savoir engager une action	20	3	2	25
Encourager la participation des personnes et des groupes	19	1	3	23
Favoriser la communication interne	17	4	2	23
Connaître son institution	8	2	3	13
Gérer son cadre de travail	12	0	1	13
Avoir des qualités de médiateur	7	0	1	8
Communiquer sur le plan interculturel	4	1	0	5
Développer la communication externe	4	0	0	4
Diriger une équipe de travail	1	0	0	1

Pour résumer, nous constatons que les réponses à notre questionnaire mettent en relief trois axes, le premier porte sur une bonne connaissance du processus de vieillissement ainsi que du milieu d'intervention et de son public, le deuxième axe met en avant l'usager et le savoir être professionnel de l'animateur et le troisième volet est de nature méthodologique puisqu'il fait référence à la conception, l'organisation, l'accompagnement et l'évaluation des projets d'animation.

5.3. Conclusion

C. Badey-Rodriguez a déjà revendiqué en 1997 que « l'animation auprès de la personne âgée doit être le fait d'animateurs professionnels formés conjointement à l'action sociale, à l'élaboration et à la conduite de projets, à la gérontologie et à la psychologie, et donc capables d'intervenir de façon dynamique à la fois dans le cadre de la personnalisation de l'animation et dans le cadre de l'action sur le milieu. »

En effet, nous sommes en présence d'un champ professionnel où le recrutement a longtemps été hétéroclite et où il suffisait « d'avoir du cœur et de la bonne volonté ». La professionnalisation – qualification et reconnaissance – du travail auprès de la personne âgée est un levier nécessaire au changement social à travers, entre autre, la diffusion des conceptions nouvelles et des innovations sociales (Pitaud, 1999).

Hartweg et Zehnder (2003) listent trois obstacles majeurs que rencontre l'animation dans le milieu gérontologique. Le premier concerne le manque de formation ou la présence de formations inadaptées. Il ne permet pas une intervention de qualité de la part des animateurs, rend difficile l'intégration de ce secteur dans l'institution et provoque une image négative de la profession d'animation. Le deuxième obstacle porte sur la différence entre la culture professionnelle des soignants et des travailleurs sociaux dans le domaine de la gérontologie. Le travail des soignants auprès d'un public âgé est imprégné par la « culture » du besoin tandis que les animateurs partent des désirs du senior. Cette approche rend en apparence les tâches des animateurs plus gratifiantes et agréables ce qui désoblige les soignants. Le troisième et dernier obstacle souligne le fait que ce métier manque de réflexions écrites sur le rôle et la fonction de l'animateur auprès des personnes âgées. De ce fait, l'animateur reste peu re-cconnu par les autres professionnels de ce champ d'intervention.

Le personnel de l'animation dans le canton de Genève s'est professionnalisé ces dernières années. De grands efforts ont été faits comme l'attestent les résultats de notre recherche. Certes, la plupart des institutions intervenant auprès des personnes âgées ont engagé des professionnels avec une qualification de niveau tertiaire et la FEGEMS, structure faîtière des EMS genevois, a mis en place une formation spécifique en gérontologie sociale pour le personnel sans qualification. Toutefois, nous avons pu constater que l'hétérogénéité des qualifications professionnelles reste encore importante, tout comme le nombre d'animateurs engagés en gérontologie est restreint. Ce résultat met en évidence l'absence d'un cadre clair sur la place et le rôle de l'animateur dans ce champ d'intervention ainsi que d'une stratégie d'avenir quant à l'offre de prise en charge de nos aînés. Si au niveau des EMS, il existe un outil⁶⁹ de mesure capable de déterminer les soins, et donc les dotations en personnel soignant dont ont besoin les résidents, les directions ne disposent d'aucune méthode de mesure de la charge de travail des autres professionnels intervenant dans ce type d'institution. Il manque un texte fixant formellement les allocations de ressources indispensables pour garantir les prestations sociales et de santé nécessaires aux personnes âgées.

Les milieux professionnels – et notre enquête en témoigne - sont conscients de la nécessité d'avoir un personnel d'animation formé. Cette formation concerne en premier lieu

⁶⁹ PLAISIR® (PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis)

l'acquisition d'un savoir sur la vieillesse et le vieillissement. Ces connaissances médicales, physiques, psychiques, sociales et environnementales permettent aux professionnels de mieux comprendre les spécificités et les attentes des sujets âgés (Puijalon, Trincaz, *In* Pitaud 1999). Deuxièmement, ils touchent aux questions relatives à la communication entre professionnels et personnes âgées : « L'absence d'outils de liaison pertinents » est un « frein important à la prise en compte de l'individu et de ses besoins propres, à la régularité, la continuité et la cohérence du travail » (Badey-Rodriguez, 1997). Troisièmement, les professionnels de l'animation genevois relèvent que l'intervenant doit posséder des savoirs méthodologiques en ce qui concerne la conception, la réalisation et l'évaluation de projets d'action.

Le nouveau programme de formation « bachelor » de la HETS Genève, mis en place en 2006, traite de la question du vieillissement et de la vieillesse dès la première année d'étude. Les étudiants suivent également durant ce premier cycle générique un enseignement portant sur la politique et les assurances sociales en faveur des retraités. Au cours du deuxième cycle, l'orientation animation introduit à la méthodologie de projet et aborde la pratique professionnelle dans les différents champs d'intervention de l'animation. Les étudiants sont amenés à ce moment-là à rencontrer des professionnels travaillant auprès des aînés ainsi que des usagers. Durant la dernière année de formation, un module d'enseignement sur la thématique intergénérationnelle complète le panorama d'enseignement portant sur la personne âgée. Il est composé de cours aussi bien théoriques que pratiques. Consciente des enjeux du futur, la HETS Genève met un accent particulier sur le champ d'intervention socio-gérontologique.

6. Pratique professionnelle

Après avoir décrit en détail les caractéristiques des services d'animation du réseau gérontologique ainsi que son personnel, nous allons maintenant nous intéresser plus spécifiquement à la pratique de l'animation auprès de la personne âgée. L'organisation dispose-t-elle d'un projet d'animation ? Quels sont les objectifs poursuivis par ce projet d'intervention ? A quel public s'adressent les activités d'animation ? Avec qui collaborent les professionnels du secteur ? En bref, il s'agit d'interroger le sens de l'animation, sa mission et sa finalité, mais aussi les valeurs liées à l'utilisateur et au professionnel ainsi que les outils conceptuels et les pratiques développés par les différents acteurs institutionnels (Ardelier, Froidevaux, 1997).

6.1. Projet d'animation

Le projet d'animation est un instrument de travail central, par lequel les professionnels définissent et clarifient leur pratique professionnelle ainsi que l'accompagnement qu'ils désirent offrir aux personnes âgées accueillies par l'organisation dans laquelle ils interviennent. En règle générale, ce document est validé par la direction de l'institution et fait partie intégrante de son projet institutionnel global.

Les résultats du questionnaire révèlent qu'un tiers seulement (36 structures sur 105) des services d'animation du réseau intervenant auprès de la personne âgée possède un projet

d'animation écrit (tableau 44), et seules les trois quarts d'entre elles (28 structures sur 36) le mettent à disposition des personnes intéressées.

S'agissant des EMS, près des trois quarts d'entre eux (24 structures sur 33) disposent d'un projet d'animation écrit. Il est la plupart du temps (20 structures sur 33) distribué aux résidents et à leurs proches au moment de l'entrée en institution. Nous pouvons ajouter que tous les établissements de grande taille (supérieur à 100 lits) sont en possession d'un projet d'animation. Il existe également une corrélation positive entre la qualification du personnel d'animation et l'existence d'un projet puisque tous les EMS qui emploient des professionnels de formation de niveau tertiaire en possèdent un.

Par contre, ce type de projet est absent dans les services d'animation des structures hospitalières de notre échantillon.

En ce qui concerne les organisations de type domicile, rares sont celles (11 structures sur 68) qui ont développé un tel outil de référence. Toutefois, soulignons que la plupart des organisations qui proposent des animations aux seniors vivant à domicile, élaborent périodiquement des programmes d'activités en leur faveur. Ces derniers sont distribués à l'ensemble des usagers pour information.

Tableau 44 – Présence ou non d'un projet d'animation écrit destiné au public âgé

	EMS	Hôpital	Immeuble	Foyer de jour	Organ. com., soc., cult. et de loisirs	Club d'aînés	Total
Sans projet d'animation	7	3	21	4	12	15	62
Avec projet d'animation	24	1	0	1	6	4	36
Sous-total	31	4	21	5	18	19	98
Non réponse	2	0	1	0	2	2	7
Total effectifs	33	4	22	5	20	21	105

6.2. Types d'animation

Nous abordons la question des activités proposées par les structures intervenant auprès de la personne âgée dans le canton sous l'angle quantitatif et non qualitatif. Sur la base de plusieurs entretiens avec des acteurs professionnels genevois ainsi que des recherches dans la littérature disponible sur le sujet, nous avons retenu huit types distincts d'activités d'animation en gérontologie et les avons regroupés en trois catégories : premièrement l'animation culturelle, de loisirs et récréative, deuxièmement l'animation thérapeutique et préventive et troisièmement l'animation interculturelle, intergénérationnelle et sociale (tableau 45).

Tableau 45 – Types d'animation poursuivis par les services et activités d'animation en gérontologie des différents types de structures

	EMS (sur 33 structures)	Hôpital (sur 4 structures)	Immeuble (sur 22 structures)	Foyer de jour (sur 5 structures)	Organis. com., soc., cult. et de loisirs (sur 20 structures)	Club d'ainés (sur 21 structures)	Sous-total : structures de...		Total (sur 105 structures)
							type hébergement (sur 37 structures)	type domicile (sur 68 structures)	
Animation culturelle (Ex. Visite d'expositions, atelier artisanal, lecture, audio-visuel, spectacle)	33	4	22	4	15	17	37	58	95
Animation de loisirs (Ex. Jeux, conversation, vacances)	33	4	21	5	15	19	37	60	97
Animation récréative (Ex. Tricot, sorties dans le quartier, chorale)	31	4	20	3	11	3	35	37	72
Animation « thérapeutique » (Ex. Activités mentales et sensorielles, revue de presse)	32	4	20	4	2	2	36	28	64
Animation « préventive » (Ex. Gymnastique douce, séance d'information, Tai-chi)	33	4	22	4	3	3	37	32	69
Animation interculturelle (Ex. Repas interculturel, fête, conférence)	28	1	22	4	12	13	29	51	80
Animation intergénérationnelle (Ex. Visiteurs bénévoles à domicile, mémoire vivante, soutien scolaire)	21	0	1	4	13	2	21	20	41
Animation sociale (Ex. Information, soutien et conseil, approche individuelle)	28	4	22	4	7	2	32	35	67

Dans les structures d'hébergement, c'est-à-dire les EMS et les structures hospitalières, les deux axes regroupant d'un côté les activités culturelles, de loisirs et récréatives, et de l'autre côté les animations thérapeutiques et préventives, sont bien présents. La dominance du milieu de la santé dans les institutions d'hébergement peut expliquer en partie l'importance du volet thérapeutique. Le vieillissement et l'accentuation de la dépendance du public ont une influence sur le maintien d'une approche médicale en animation.

En comparant les types d'animation avec l'état de santé des usagers, nous avons remarqué que les structures accueillant une population de personnes âgées majoritairement autonomes proposent un vaste éventail d'animations culturelles et de loisirs. Par contre, nous observons que les établissements avec une population semi-autonome ou ayant des incapacités graves organisent davantage des animations de type thérapeutique et préventif. Nous pouvons également souligner que « l'animation sociale » est fortement développée au sein des structures avec un public dépendant. Elle est peu présente auprès d'un public autonome, mais augmente en fonction de la diminution de l'état de santé de la personne âgée.

Les résultats du sondage pour les structures de type domicile montrent au contraire que l'axe thérapeutique et préventif s'efface sensiblement laissant la place aux animations culturelles et de loisirs. On observe aussi l'importance accordée à l'approche interculturelle alors que l'aspect récréatif est moins présent. Nous pouvons encore souligner que les structures regroupées sous le label « organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs » à savoir les maisons de quartier, centres de loisirs et unités d'action communautaire semblent davantage être porteuses de la question intergénérationnelle.

Nous nous sommes aussi questionnés sur l'influence de la qualification du personnel dans le choix des animations proposées aux aînés. Dans cette perspective, nous avons comparé les types d'animation aux divers degrés de formation professionnelle des animateurs. Il apparaît que les animateurs avec un profil de formation universitaire ou HES orientent davantage leurs interventions vers l'animation culturelle, de loisirs et récréative. L'approche thérapeutique et préventive est moins présente, tandis que la quasi totalité des animateurs qualifiés mettent au premier plan cette pratique, tout comme la majeure partie des aides animateurs. Les professionnels dotés d'une qualification de niveau tertiaire centrent leurs actions prioritairement sur l'animation au sens strict du terme. Ils accordent aux activités sociales, culturelles et de loisirs une place prépondérante, les enrichissant d'approches interculturelles et intergénérationnelles. Ces travailleurs sociaux se différencient clairement du champ médical pour recentrer la personne âgée comme être social à part entière. C'est là que réside leur apport professionnel spécifique.

6.3. Objectifs poursuivis par la pratique d'animation

Les objectifs correspondent aux buts précis que propose l'action d'animation. Pour atteindre ces objectifs, l'animateur doit prévoir et structurer à l'avance de manière exacte les activités et les ressources qui lui sont nécessaires ainsi que les grandes lignes et le type d'approche de l'intervention (Ardelier, Froidevaux, 1997).

La liste des objectifs soumise à nos enquêtés comporte une dizaine d'items (tableau 46). Nous les avons regroupés selon trois thématiques distinctes : le premier groupe comprend des objectifs ayant une visée thérapeutique et médicale. Ils portent, d'un côté, sur le maintien et le développement de l'autonomie de la personne âgée ainsi que de ses capacités physiques et psychiques et, de l'autre côté sur l'accompagnement et l'écoute (quête de sens) de l'aîné tout au long de son cheminement face à la vieillesse et face à la mort et au deuil. Le deuxième thème appréhende des questions en rapport avec la vie sociale et collective de la personne âgée. L'animateur, à travers ses actions, tente de restaurer le réseau social de l'aîné, de l'ouvrir sur le monde extérieur grâce à des sorties ou à la mise en place de rencontres intergénérationnelles. Il encourage également sa sociabilité et son adaptation à la vie communautaire au moment de l'entrée en institution. Le troisième volet de nos objectifs s'intéresse à l'individu âgé, c'est-à-dire le rôle social et citoyen de la personne âgée ainsi que sa valorisation psychosociale (image de soi, mise en valeur de la dynamique propre à chaque personne, etc.).

Il s'agissait, pour nos répondants, de cocher les items poursuivis par leur institution.

Globalement, nous constatons que les objectifs du deuxième thème, portant sur la vie sociale et collective de la personne âgée, sont le plus souvent retenus par l'ensemble des structures du réseau socio-gérontologique. La sociabilité du senior et l'ouverture de la personne âgée et de l'institution sur le monde extérieur semblent être les objectifs prioritaires poursuivis par les animateurs en gérontologie à travers leurs actions. Il ressort donc de notre enquête un réel souci de la part des acteurs de l'ensemble des structures de notre échantillon de défendre l'être âgé comme être social, et de le maintenir, tout comme l'institution qui l'accueille, intégré dans l'espace public : la collectivité, le quartier, la ville...

Si nous examinons à présent les réponses propres aux structures de type hébergement, nous observons que les actions poursuivant des objectifs médicaux deviennent prioritaires. L'accompagnement ainsi que la volonté de maintenir et/ou de restaurer l'autonomie et les capacités psychiques et physiques de la personne âgée sont au centre des préoccupations des animateurs de ces institutions. Il faut toutefois relever que le deuxième groupe thématique garde son importance. Les professionnels de l'animation poursuivent l'objectif de garder une ouverture sur la cité, par contre l'encouragement à la sociabilité du sujet âgé devient un objectif secondaire. Il est remplacé par l'item portant sur « l'adaptation à la vie communautaire ».

Tableau 46 – Objectifs poursuivis par les services d’animation du réseau socio-gérontologique genevois

	EMS (sur 33 structures)	Hôpital (sur 4 structures)	Immeuble (sur 22 structures)	Foyer de jour (sur 5 structures)	Organis. com., soc., cult. et de loisirs (sur 20 structures)	Club d'aînés (sur 21 structures)	Sous-total : structures de...		Total effectif (sur 105 structures)
							type hébergement (sur 37 structures)	type domicile (sur 68 structures)	
Maintien et développement de l'autonomie	26	4	21	5	8	2	30	36	66
Mobilisation des capacités physiques et psychiques	24	3	21	5	2	2	27	30	57
Soutien à la quête de sens de la personne âgée	22	1	22	3	4	2	23	31	54
Accompagnement et présence dans le cheminement de la personne âgée	21	0	21	3	2	0	21	26	47
Accompagnement face à la mort et au deuil	18	3	20	2	1	1	21	24	45
Encouragement à la sociabilité	22	1	22	3	16	18	23	59	82
Ouverture sur le monde extérieur	27	3	20	3	12	14	30	49	79
Restauration d'un réseau social de la personne âgée	22	0	22	4	15	5	22	46	68
Adaptation à la vie communautaire	27	1	21	5	4	2	28	32	60
Mise en place de rencontres et de solidarités intergénérationnelles	12	1	2	2	4	2	13	10	23
Valorisation psychosociale de la personne âgée	26	4	21	4	5	1	30	31	61
Valorisation du rôle social de la personne âgée	13	0	20	3	14	4	13	41	54
Accent sur la citoyenneté de la personne âgée	14	0	1	2	4	0	14	7	21

S'agissant des EMS, les animateurs poursuivent, à travers leurs interventions, des objectifs qui s'inscrivent de façon assez homogène dans les trois champs que nous avons définis plus haut. En ce qui concerne le premier champ, l'axe médical, les objectifs sur l'autonomie ainsi que sur le maintien des capacités physiques et psychiques de la personne âgée sont le plus souvent cités. Par contre, l'accompagnement face à la mort et au deuil semble moins être du ressort des animateurs. Dans le deuxième champ, c'est-à-dire l'axe social et collectif, deux objectifs sont mis en avant par les professionnels de l'animation en EMS. Il s'agit de la question portant sur l'ouverture au monde extérieur et sur l'adaptation à la vie collective. En contrepartie, les actions intergénérationnelles sont peu développées en EMS ce qui semble contradictoire avec la volonté de mener une politique d'ouverture de l'institution. L'axe individuel, troisième et dernier champ que nous avons développé dans cette étude, montre que les animations portent, avant tout, sur la valorisation psychosociale de la personne âgée. Nous constatons aussi que les actions défendant le rôle social ou la citoyenneté du résident deviennent secondaires.

Pour résumer, nous pouvons dire que les actions d'animation en EMS poursuivent trois grands objectifs. Il s'agit en premier lieu du maintien de l'autonomie de la personne âgée. En deuxième lieu, les actions d'animation interviennent sur l'environnement du résident afin que ce dernier devienne acteur de l'EMS, tout en restant intégré dans la vie du quartier et de la cité. En troisième lieu, le travail de l'animateur porte sur la valorisation de l'individu et de son image de soi. Fragilisée dans sa vie suite à des ruptures de tous ordres, la personne âgée doit pouvoir se sentir soutenue afin de pouvoir restaurer, voire développer son autonomie et son estime de soi.

Nous avons aussi analysé ces objectifs en fonction d'une variable : le profil de formation des professionnels. Il apparaît que plus le personnel est qualifié, plus l'éventail des objectifs s'enrichit.

Les animateurs des hôpitaux genevois inscrivent leurs actions clairement dans le volet médical : maintien et développement de l'autonomie, mobilisation des capacités physiques et psychiques ainsi que l'accompagnement face à la mort et au deuil sont au premier rang de leurs préoccupations. Le soutien et l'accompagnement de la personne âgée dans son cheminement deviennent à l'inverse des objectifs mineurs. Dans le champ social et collectif, l'ouverture sur le monde extérieur reste un objectif central. Par contre, tous les autres items ne sont que peu valorisés dans ce secteur : encouragement à la sociabilité, restauration d'un réseau social, adaptation à la vie communautaire et mise en place de rencontres et de solidarités intergénérationnelles. Dans l'axe individuel, la valorisation psychosociale est mise en avant au détriment d'objectifs défendant le rôle social et la citoyenneté de la personne âgée.

Les actions des structures de type domicile font majoritairement partie du champ social et culturel. Ainsi, l'encouragement à la sociabilité, l'ouverture sur le monde extérieur, le développement du réseau social et l'adaptation à la vie collective sont centraux pour les animateurs de ces structures.

En ce qui concerne les immeubles avec encadrement social, la réponse collective de la FSASD homogénéise tant les résultats que nous ne pouvons pas en retirer des informations pertinentes.

Si nous regardons les réponses des foyers de jour, nous observons qu'elles divergent quelque peu de celles des autres organisations de type domicile. Les professionnels de l'animation visent des objectifs aussi bien médicaux que collectifs et individuels. Ils œuvrent pour le maintien et la mobilisation de l'autonomie et des capacités physiques et psychiques de l'aîné, pour l'adaptation à la vie collective ainsi que pour la valorisation psychosociale de l'usager. De ce fait, ils paraissent plus proches des objectifs des structures d'hébergement. Il convient de rappeler que ces dernières années le public des foyers de jour s'est fortement modifié. Il compte des usagers de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants et donc de plus en plus proches du type de population accueilli dans les EMS.

Les interventions des organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs auprès de la personne âgée s'inscrivent clairement dans le deuxième axe, le champ collectif. Les items portant sur l'encouragement à la sociabilité, sur la restauration du réseau social ou encore sur l'ouverture sur le monde extérieur sont le plus souvent retenus par les professionnels de ces structures. Ces institutions portent aussi une attention particulière sur la valorisation du rôle de la personne âgée tandis que les objectifs appartenant au volet médical deviennent secondaires. Il est étonnant de constater que l'item relatif à l'intergénérationnel soit si rarement retenu par les maisons de quartier, centres de loisirs et unités d'action communautaire. Ces structures interviennent auprès de publics pluri-générationnels : enfants, adolescents et adultes. Leurs actions pourraient davantage valoriser et provoquer le mélange et le lien entre les générations.

Les objectifs des actions des clubs d'aînés appartiennent majoritairement au champ collectif. Les axes médicaux et individuels disparaissent totalement. Pourtant, on pourrait être amené à croire que les clubs sont une plateforme permettant à nos aînés de défendre leur rôle et leur place dans la société tout comme leur citoyenneté.

Cette brève analyse des objectifs poursuivis par les professionnels de l'animation du réseau socio-gérontologique montre qu'il existe une nette différence entre les structures de type hébergement et de type domicile. Si pour les premières, les objectifs sont aussi bien d'ordre médical, collectif qu'individuel, nous pouvons affirmer que les organisations intervenant auprès d'un public âgé vivant à domicile conçoivent avant tout des interventions collectives.

6.4. Evaluation

L'évaluation des actions d'animation est un élément central de tout projet. Il s'agit d'un aller et venir continu entre les différentes phases de l'action : de la conception et de la conduite, à sa réalisation (Vuille, 1992)⁷⁰. Le professionnel met ainsi en rapport l'idéalité du projet (ce que l'on aimerait réaliser) et la réalité rencontrée sur le terrain professionnel (ce que l'on peut mettre en place). Les ajustements sont donc possibles tout au long du développement de l'action afin qu'elle soit au plus proche des attentes des différents acteurs. Dans ce contexte, il nous importait de savoir si une évaluation formelle des projets d'animation existe au sein des organisations recensées et quels en sont les protagonistes.

⁷⁰ Vuille M., L'évaluation interactive, Service de la recherche sociologique, Cahier no 34, 1992

Sur les 105 structures de notre échantillon, deux institutions sur cinq évaluent leurs animations. Les évaluateurs sont dans la plupart des cas, soit les directions, soit les professionnels de l'animation eux-mêmes. Les collaborateurs des services des soins interviennent rarement dans ce processus d'évaluation et, ce qui paraît plus étonnant, les usagers non plus.

La pratique de l'évaluation est surtout présente dans les EMS (21 structures sur 33) et les maisons de quartier, centres de loisirs et unités d'action communautaire (16 structures sur 20). S'agissant des EMS, ce sont surtout les plus grandes d'entre elles qui développent cette pratique. Deux tiers des EMS avec moins de 60 lits évaluent les actions d'animation, la proportion augmente à presque trois quart pour les établissements avec 60 à 100 lits pour atteindre 83% pour les structures avec plus de 100 lits. Nous rappelons que dans ce contexte le personnel d'animation est moins qualifié dans les petits EMS et que des professionnels avec un niveau de formation tertiaire sont souvent absents de ces équipes. Ce résultat n'a rien de surprenant, l'évaluation étant une pratique de professionnels qualifiés.

6.5. Type de public accueilli

Le public âgé accueilli dans les différentes structures socio-gérontologiques genevoises est très hétérogène ; leurs attentes et leurs demandes sont donc fort diversifiées. Il s'agit de savoir ici à qui s'adressent les actions d'animation ? Quel est le degré d'autonomie de ces seniors qui participent aux animations proposées par les diverses organisations de notre échantillon ?

La diversité des âges des publics a été évoquée plus haut. Nous reprenons en résumé les points essentiels de notre étude : les personnes âgées entre 75 et 94 ans forment l'essentiel des usagers fréquentant l'une ou l'autre des structures du réseau gérontologique genevois. Par ailleurs, nous pouvons préciser que ce sont dans les EMS où résident les personnes les plus âgées puisque plus des deux tiers ont 85 ans ou plus. Les organisations de type domicile, par contre, accueillent un public âgé de moins de 84 ans. S'agissant de la question de l'autonomie du public, nous avons relevé que les organisations domiciliaires interviennent surtout auprès d'un public autonome ou semi-autonome. Les personnes avec incapacités graves y sont faiblement représentées ou inexistantes. Par contre, les établissements d'hébergement reçoivent surtout des seniors présentant des incapacités importantes. La population autonome y est presque inexistante.

Nous avons demandé dans notre enquête, si les animations développées visaient plutôt des personnes âgées autonomes, semi-autonomes ou avec incapacités graves. Les résultats sont exposés dans le tableau 62. Globalement, nous constatons que presque la moitié des structures ayant répondu à notre questionnaire (50 structures sur 105) adresse leurs activités d'animation à l'ensemble des usagers (« Toutes catégories confondues ») qu'ils aient ou non un handicap. Toutefois, nos données révèlent que 40% des institutions (41 structures sur 105) organisent des actions plus particulièrement destinées à des personnes autonomes. Un peu moins d'un tiers (29 structures sur 105) s'occupe des personnes semi-autonomes. Sur l'ensemble de l'échantillon, seules 8 structures s'adressent spécifiquement aux seniors avec des incapacités physiques et psychiques importantes.

Tableau 47 – Type de public visé par les animations des structures du réseau socio-gérontologique
(plusieurs réponses possibles)

	Personnes autonomes	Personnes semi-autonomes	Personnes avec incapacités graves	Toutes catégories confondues
EMS (33 structures)	3	9	6	24
Structure hospitalière (4 structures)	0	1	0	3
Immeuble avec encadrement (22 structures)	2	1	0	20
Foyer de jour (5 structures)	1	3	1	2
Organis. com., soc., cult. et de loisirs (20 structures)	15	13	1	1
Club d'aînés (21 structures)	20	2	0	0
Structures type d'hébergement (37 structures)	3	10	6	27
Structures type domicile (68 structures)	38	19	2	23
Total effectifs (105 structures)	41	29	8	50

S'agissant des EMS, nous constatons que la majorité des animations organisées s'adresse à l'ensemble des seniors ; le tableau ci-dessus nous montre également qu'elles s'orientent, en second lieu, vers un public semi-autonome (10 structures sur 37), voire avec des incapacités graves (6 structures sur 37), alors que les animations des organismes de type domicile sont en premier lieu centrée sur les personnes âgées autonomes. Nous pouvons nous étonner que si peu d'animations soient destinées à des personnes âgées avec incapacités graves surtout si l'on sait que les résidents des EMS sont de plus en plus âgés et avec une autonomie de plus en plus réduite. Dans ce contexte, les professionnels peuvent-ils continuer à développer principalement des animations pour tous ?

En ce qui concerne les structures de type domicile, les immeubles avec encadrement social n'ont pas d'usagers avec des incapacités graves tout comme les clubs d'aînés ou encore les maisons de quartier et unités communautaires. Leurs activités ciblent donc un public autonome ou semi-autonome. Par contre, les professionnels des foyers de jour élaborent des activités destinées à des seniors majoritairement semi-autonomes.

Il existe donc une certaine dichotomie entre les structures d'hébergement et celles de type domicile. Même si les actions d'animation du réseau gérontologique ont prioritairement pour cible l'ensemble des personnes âgées, il apparaît que les activités des services d'animation de type domicile s'adressent avant tout à des personnes âgées autonomes (38 structures sur 68) ou semi-autonomes (19 structures sur 68), tandis que le public des structures d'hébergement est semi-autonome (9 structures sur 33), voire constitué de personnes avec incapacités graves (6 structures sur 33).

Une autre question portait sur le caractère de l'animation (tableau 48) : l'animation s'adresse-t-elle plutôt à l'individu, à un ou plusieurs groupes spécifiques de personnes âgées ou à l'ensemble des usagers ? Nous avons plus particulièrement étudié cette question dans le contexte des EMS. Nous constatons que l'animation individualisée y fait son apparition. Le

tableau ci-dessous montre qu'elle est présente occasionnellement dans un peu plus de 60% des établissements (19 structures sur 33), et un quart d'EMS (9 structures sur 33) déclare organiser majoritairement ce type d'activité. Les actions d'animation pour des groupes spécifiques d'utilisateurs sont proposées dans 21 structures. Nous pouvons aussi dire que les activités collectives sont bien présentes dans 19 structures sur les 33 échantillonnées.

Tableau 48 – Les animations dans les EMS s'adressent-elles plutôt à.... ?

	Pas du tout	Occasionnelle- ment	Majoritairement	Total effectif
L'individu (animation personnalisée)	5	19	9	33
Un ou plusieurs groupes spécifiques d'utilisateurs	4	8	21	33
L'ensemble des utilisateurs	1	13	19	33

Nous pouvons affiner notre analyse en croisant pour chacun des EMS les différentes variables (« individu – groupe – ensemble » avec « pas du tout – occasionnellement – majoritairement »). Ainsi, le tableau 49 montre que tous les EMS développent au moins un des trois types d'animation : personnalisé, de groupe ou pour l'ensemble des utilisateurs. Un seul EMS pratique ces approches occasionnellement alors que trois EMS proposent majoritairement les trois pratiques.

Concernant les associations avec au moins deux fois la même variable, nous constatons que seulement trois EMS organisent un seul type d'animation majoritairement. Il s'agit d'institutions qui proposent uniquement des activités collectives, c'est-à-dire pour l'ensemble des résidents. Par contre, aucun établissement genevois n'offre que des animations personnalisées ou que des animations à l'intention de groupes spécifiques d'utilisateurs. Par ailleurs, 11 EMS ont marqué deux fois la variable « occasionnellement ». Trois d'entre eux développent surtout des animations pour l'ensemble des utilisateurs et huit se sont spécialisés dans l'animation de groupes spécifiques. Parmi les 11 EMS ayant noté la variable « majoritairement » à deux reprises, relevons juste que quatre d'entre eux organisent avant tout des animations personnalisées ou de groupes.

Les quatre EMS restants de notre échantillon ont coché chaque item au moins une fois. Parmi eux, trois préparent majoritairement des activités collectives destinées à l'ensemble des résidents de l'établissement.

Tableau 49 – L’emploi des différents types d’animations dans les EMS

L’individu (animation personnalisée)	Un ou plusieurs groupes spécifiques d’usagers	L’ensemble des usagers	Total effectif
Pas du tout	Pas du tout	Pas du tout	0
Occasionnellement	Occasionnellement	Occasionnellement	1
Majoritairement	Majoritairement	Majoritairement	3
Pas du tout	Pas du tout	Majoritairement	3
Occasionnellement	Occasionnellement	Majoritairement	3
Occasionnellement	Majoritairement	Occasionnellement	8
Majoritairement	Majoritairement	Occasionnellement	4
Majoritairement	Occasionnellement	Majoritairement	2
Occasionnellement	Majoritairement	Majoritairement	5
Pas du tout	Occasionnellement	Majoritairement	2
Occasionnellement	Pas du tout	Majoritairement	1
Occasionnellement	Majoritairement	Pas du tout	1

Pour résumer, nous constatons que les animations proposées à des groupes spécifiques sont les plus développées avec 21 EMS sur les 33 de notre échantillon. Neuf d’entre eux se sont spécialisés dans cette approche, car les deux autres pratiques individuelle ou collective sont exercées soit occasionnellement, soit pas du tout.

Vient ensuite le groupe d’EMS qui met en avant les animations destinées à l’ensemble des résidents. Nous en dénombrons 19 EMS dont neuf exercent l’animation collective majoritairement : trois EMS ne propose que cette approche, et six établissements développent les autres pratiques (individuelle ou de groupe) de façon occasionnelle, voire pas du tout. Dans les 10 EMS restants, l’une ou l’autre méthode est également « majoritairement » offerte à leur clientèle.

Restent 9 EMS qui développent majoritairement des animations personnalisées. Or, nous pouvons voir que les deux autres types d’animation (de groupe et collective) sont également fortement présents. Les deux techniques sont déployées soit « occasionnellement » soit « majoritairement » ; aucun « pas du tout » ne figure dans ces combinaisons. Il faut encore noter que les activités d’animation personnalisées sont peu développées dans les EMS de grande taille. Cette pratique est plutôt présente dans les établissements avec un nombre de lits inférieur à 100.

Le vieillissement du public et l’altération de la santé des personnes âgées forcent les animateurs à modifier leur pratique afin de mieux tenir compte des caractéristiques particulières des usagers. Nous pouvons supposer que cette évolution va se renforcer à l’avenir, les animations individualisées et par groupes spécifiques allant davantage se développer dans les institutions d’hébergement. Elle permettra aux travailleurs sociaux d’être plus à l’écoute de l’aîné, de ses envies, de ses aspirations, de ses capacités. Il serait important d’analyser ces pratiques d’animation en EMS dans une étude ultérieure afin d’avoir une meilleure compréhension du travail réalisé par les animateurs en gérontologie.

La question sur le type d'animation proposé aux usagers montre que la pratique d'animation se modifie également pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées vivant à domicile. Dans les foyers de jour (tableau 50), l'animation personnalisée apparaît occasionnellement dans presque la totalité des institutions. Quatre foyers de jour proposent soit occasionnellement, soit majoritairement des activités pour des groupes spécifiques d'usagers. L'animation collective reste néanmoins la pratique la plus répandue dans ces lieux. Notre questionnaire révèle que le public cible accueilli dans ces structures est de plus en plus âgé, avec des pathologies de plus en plus marquées ce qui explique l'apparition d'activités ciblant des groupes spécifiques ou l'individu.

Tableau 50 – Les animations dans les foyers de jour s'adressent-elles plutôt à.... ?

	Pas du tout	Occasionnelle- ment	Majoritairement
L'individu (animation personnalisée)	1	4	0
Un ou plusieurs groupes spécifiques d'usagers	1	2	2
L'ensemble des usagers	0	1	4

A l'inverse, les organisations communautaires, culturelles, sociales et de loisirs ainsi que les clubs d'aînés développent avant tout des actions de loisirs pour l'ensemble des usagers ou éventuellement pour des groupes spécifiques. La pratique individuelle est quasi absente de ces organisations ce qui s'explique par l'autonomie de la majorité de leurs usagers.

La réflexion sur les usagers des services d'animation en gérontologie soulève une question de fond : quel type d'animation proposé pour quel public ? L'animation peut-elle continuer à s'adresser largement à l'ensemble des publics âgés ou au contraire ne devrait-elle pas davantage se spécialiser et affiner ses actions en fonction du type de clientèle ? Nous venons de voir que les EMS accueillent des résidents de plus en plus âgés et de plus en plus fragilisés. Les structures intervenant auprès des retraités vivant à domicile observent également un changement de leur population, donc de leur pratique. Grâce à la politique du maintien à domicile, la personne âgée peut rester vivre de plus en plus longtemps chez elle malgré des handicaps relativement importants. Comment l'animation peut-elle atteindre ce public exposé à une fragilisation de plus en plus grande ? Par ailleurs, qu'est-ce qui est proposé aux retraités des nouvelles générations ? « Ces derniers arrivent à la retraite généralement mieux dotés, avec un meilleur passé de formation, des potentialités nouvelles, pour beaucoup une moindre usure au travail. »⁷¹ Anne-Marie Guillemard (2001) postule que « la retraite est devenue un nouvel âge de la vie, un véritable troisième âge, dont la durée tend à se rapprocher des autres étapes de la vie, puisqu'elle représente de vingt-cinq à trente ans d'inactivité définitive. En s'allongeant, cette période de la vie s'est chargée de nouvelles attentes. La retraite ne peut plus être ces quelques années de bonheur modeste pour se reposer et jouir de vacances perpétuelles. Un projet de vie nouveau doit donner du sens à cet horizon élargi de la retraite. C'est ainsi que l'on voit naître aujourd'hui, au sein des nouvelles générations de retraités, un refus de la pure retraite-consommation, une revendication d'utilité sociale, une volonté de vivre une « retraite solidaire ». Quel rôle doit

⁷¹ Guillemard A-M., Vieillesse et exclusion, *In* Repenser la solidarité : l'apport des sciences sociales, dirigé par Serge Paugam, PUF, Paris, 2007

jouer le travailleur social auprès de ce public ? Autant de questions que notre étude soulève sans pouvoir donner de réponse.

6.6. Collaborations internes et externes

Nous avons déjà abordé la question de la place de l'animation au sein des structures gérontologiques. L'animateur auprès de la personne âgée est amené à collaborer dans des organismes marqués la plupart du temps par les soins. La multiplication des personnes intervenant auprès du senior complexifie l'organisation de la communauté interne à l'institution. Dans ce contexte, de quelle manière les actions d'animation sont-elles élaborées ? Par qui et avec qui ? Quel est le rôle spécifique de chacun des interlocuteurs dans le cadre de la mise en place des actions d'animation ? Il s'agit d'examiner comment les animateurs conçoivent l'élaboration des projets d'action d'une part, la collaboration avec les différents acteurs à l'intérieur de la structure mais aussi avec les partenaires extérieurs, d'autre part.

6.6.1. Personnel interne

Les actions d'animation pour la personne âgée sont élaborées, avant tout, par les professionnels de l'animation. Les acteurs qui peuvent être impliqués dans le processus de mise en place des activités sont toutefois multiples : les directions, les soignants, les usagers âgés, les proches, les bénévoles et les membres d'associations, etc.

Tableau 51 – Acteurs dans l'élaboration des activités d'animation (plusieurs réponses possibles)

	EMS (sur 33)	Hôpital (sur 4)	Immeuble (sur 22)	Foyer de jour (sur 5)	Organis. com., soc., cult (sur 20)	Club d'aînés (sur 21)	Total effectifs (sur 105)
Equipe d'animation	33	4	2	5	15	4	63
Direction	23	0	2	1	0	1	27
Soignants	22	4	0	3	4	0	33
Personnes âgées	23	3	2	2	3	1	34
Bénévoles	16	3	2	1	3	2	27
Autres	7	0	20	2	0	17	46

Nous avons posé aux diverses institutions la question suivante : quels acteurs participent à l'élaboration des activités d'animation (tableau 51) ? L'élaboration des actions d'animation se fait conjointement entre l'équipe d'animation et le personnel soignant dans toutes les structures où ces derniers sont présents (structures hospitalières, EMS et foyers de jour). L'état de santé de la personne âgée exige cette collaboration : l'augmentation du degré d'handicap de l'utilisateur renforce la consultation entre équipes soignantes et travailleurs sociaux.

En ce qui concerne les EMS, l'enquête dévoile la forte implication des directions (23 structures sur 33) au niveau des programmes d'animation. Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'animation contribue à la promotion de l'établissement, elle peut être utilisée comme vitrine vers l'extérieur reflétant la qualité de vie et la richesse de l'offre de prestations

internes. De ce fait, elle a un impact économique et financier sur ces institutions, ce qui explique l'implication de sa direction.

Nous avons également comparé le degré de collaboration interne du service d'animation d'un EMS et le profil de qualification de ses animateurs. Les établissements comportant au moins un professionnel formé au niveau tertiaire ont développé des interactions fortes entre l'équipe d'animation et les autres acteurs du lieu : la direction, les soignants et les résidents... Pour cultiver une réelle collaboration interdisciplinaire, il faut posséder une formation solide, notamment en méthodologie de projet participatif, enseignée au niveau HES. Une telle démarche « vise à faire réfléchir et agir ensemble des personnes ou des groupes qui ne partagent pas d'emblée une même finalité, ne se sont pas entendus sur les objectifs à atteindre et les moyens à mobiliser et qui, de surcroît, ne savent pas, a priori, à quoi aboutiront leurs travaux. » (Chanard, 2005) Pour mener à bien de tels projets, il est d'autant plus nécessaire d'être formé et « de mettre en œuvre des techniques et des attitudes qui ne peuvent être livrées au hasard. L'animateur y joue un rôle primordial qui doit être au service de la mise en lien des acteurs » ⁷² Les actions qui voient ainsi le jour sont portées par l'ensemble de l'institution et gagnent autant en qualité et en pertinence aux yeux de tous les acteurs internes comme externes.

6.6.2. Usagers

Afin de connaître les attentes des usagers âgés, les animateurs procèdent de différentes manières. Nous avons proposé dans notre questionnaire une liste de plusieurs items allant de l'entretien individuel et de groupe, aux colloques interdisciplinaires ou encore aux échanges avec la famille et les proches. L'entretien individuel ou l'organisation de réunions de groupe avec les seniors sont globalement les outils de communication et de récolte d'information les plus fréquemment cités par les professionnels de l'animation tandis que la technique du recueil biographique est peu répandue (tableau 52).

Si nous examinons les résultats en fonction des différentes catégories institutionnelles, nous constatons qu'outre les deux outils déjà évoqués, les animateurs des structures de type hébergement se réfèrent principalement à la famille et aux proches pour connaître les attentes des usagers. La santé des résidents explique en partie cette pratique. Notre enquête montre que le rôle de la famille et des proches dans ce partenariat augmente avec l'altération de l'état de santé des personnes âgées. Les réunions de groupe avec les seniors, par contre, deviennent moins fréquentes dans ce contexte. En outre, les colloques interdisciplinaires sont des espaces d'échange importants pour les professionnels de l'animation. La pratique du recueil biographique n'est développée que dans les EMS.

⁷² Chanard A., *Transrural initiatives*, Paris, no 286, 7 juin 2005

Tableau 52 – Moyens de prendre connaissance des attentes des usagers

	Entretien individuel	Réunion de groupe	Recueil biograph.	Famille et proches	Colloque interdisciplinaire
EMS (sur 33 structures)	29	24	15	31	27
Hôpital (sur 4 structures)	3	1	0	4	3
Immeuble (sur 22 structures)	22	20	0	1	1
Foyer de jour (sur 5 structures)	4	4	2	3	3
Organis. com., soc., cult (sur 20 structures)	6	14	1	1	1
Club d'aînés (sur 21 structures)	6	6	0	0	0
Total effectifs (sur 105 structures)	72	69	18	40	35

En ce qui concerne les structures de type domicile, les entretiens individuels ainsi que les réunions de groupe sont des moyens privilégiés des professionnels de terrain pour connaître les attentes, les désirs, les envies, etc. de leurs usagers. Nous pouvons aussi relever que les pratiques professionnelles des foyers de jour ressemblent fortement à celles décrites plus haut pour les structures d'hébergement : recueil biographique et travail avec les proches.

6.6.3 Famille et proches

Les familles et les proches des personnes âgées occupent une place importante dans la prise en charge des seniors. Le tableau 53 fait apparaître que le trois quart des organisations du réseau gérontologique (76 structures sur 105) ont des contacts avec l'entourage de l'utilisateur de façon occasionnelle ou régulière. Toutefois, ces rencontres sont rarement organisées de manière formelle.

Les structures de type hébergement sont particulièrement attentives aux liens avec les familles et les proches (28 structures sur 37). Ils sont les partenaires privilégiés des professionnels des EMS. Dans ce contexte, il est intéressant de souligner que ce sont surtout les « petits » EMS avec moins de 100 lits qui favorisent l'échange avec l'entourage familial et amical du résidant. Il disparaît petit à petit, plus l'établissement est grand.

Tableau 53 – L'équipe d'animation est-elle en contact avec les familles et les proches des usagers âgés ?

	EMS	Hôpital	Immeuble	Foyer de jour	Organis. com., soc., cult	Club d'aînés
Pas du tout	0	0	0	0	12	13
Occasionnellement	8	1	21	3	4	7
Régulièrement	25	3	1	2	1	0
Sous-total	33	4	22	5	17	20
Non réponses	0	0	0	0	3	1
Total effectifs	33	4	22	5	20	21

Les structures accueillant des personnes âgées vivant à domicile ne sont qu'occasionnellement (ex. immeuble avec encadrement social), voire pas du tout (organisations communautaires, sociales et culturelles) en contact avec les familles et les

proches de leurs usagers. Nous pouvons en déduire que la collaboration avec les proches est liée à l'état physique et psychique de la personne âgée, et comme nous l'avons vu plus haut, ces structures interviennent principalement auprès d'une population autonome. Notons que les foyers de jour se distinguent une nouvelle fois par leurs réponses. En effet, les professionnels de ces institutions disent avoir régulièrement ou du moins occasionnellement des liens avec l'entourage de l'utilisateur. Comme nous l'avons déjà relevé, le public des foyers de jour est de plus en plus âgé et de plus en plus dépendant.

6.6.4. Réseau de professionnels

Les animateurs en gérontologie ont, au fil des années, tissé des liens avec d'autres professionnels du social ou des soins. En dehors des clubs d'aînés, toutes les structures travaillant pour et avec la personne âgée ont établi des collaborations avec d'autres organisations du domaine gérontologique ou des organisations extérieures à ce champ. Notre enquête (tableau 54) nous permet d'observer une réelle volonté, dans toutes les structures intervenant auprès de la personne âgée, de travailler en réseau et d'élargir l'ouverture vers le monde extérieur.

Tableau 54 – Partenariat avec des professionnels ou des organismes extérieurs à l'équipe d'animation (plusieurs réponses possibles)

	Au sein de l'organisation mais extérieur à l'équipe d'animation	Avec d'autres organisations du même type	Avec d'autres organisations du domaine gérontologique	Avec d'autres organisations hors domaine gérontologique
EMS (sur 33 structures)	27	20	19	22
Hôpital (sur 4 structures)	1	0	3	0
Immeuble (sur 22 structures)	20	20	20	21
Foyer de jour (sur 5 structures)	4	3	4	3
Organis. com., soc., cult (sur 20 structures)	11	13	12	15
Club d'aînés (sur 21 structures)	1	3	3	5
Total effectifs (sur 105 structures)	64	58	60	62

Relevons peut-être rapidement que les services d'animation des HUG n'ont pas développé de partenariat avec d'autres organismes du même type, tels que les hôpitaux privés. Est-ce que ce type de prestations n'existe que dans le public et non dans le privé ? Nous ne pouvons y répondre car nous ne les avons pas inclus dans notre enquête.

S'agissant des structures de type domicile, les immeubles avec encadrement social, les foyers de jour et les maisons de quartier, les centres de loisirs et les unités d'action communautaire ont une bonne pratique de la collaboration extérieure, tandis que nous observons l'absence d'une telle approche dans les clubs d'aînés. Nous pouvons l'expliquer par le fait que dans ces organismes les professionnels de l'animation font défaut.

6.7. Perspectives d'avenir

Nous avons posé à nos interlocuteurs des questions sur l'évolution de la profession de l'animation auprès de la personne âgée au cours des années à venir : quelle place occupera-t-elle ? La nature des prestations va-t-elle devoir se modifier et pour quelles raisons ? Quels défis attendent l'animateur à l'avenir ? Comment voir l'évolution du dispositif professionnel en vue de l'arrivée des CFC dans le domaine social et santé ?

Selon les remarques récoltées au cours de notre enquête, le deux tiers des structures intervenant dans le secteur socio-gérontologique (67 structures sur 105) estime que la place de l'animation auprès de la personne âgée demeurera équivalente ou même se renforcera. Seules cinq institutions (sur 105) déclarent que l'animation aura une moindre place à l'avenir. Parmi ces répondants, nous comptons 3 EMS, 1 structure communautaire et 1 club d'aînés. Dans les structures de type hébergement, nous avons voulu regarder de plus près la position des EMS. Un tiers des établissements (10 structures sur 33) pense que l'animation occupera une place de plus en plus importante tandis qu'un peu moins de la moitié des EMS (14 structures sur 33) estime qu'il n'y aura pas de changement concernant l'importance relative de ce champ d'intervention. Comme déjà évoqué plus haut, trois EMS disent que les prestations d'animation auront une moindre importance dans les années à venir, et les 6 EMS restants n'ont pas pris de position précise en répondant « ne sais pas » à cette question. Il s'agit avant tout d'EMS de petite taille ayant moins de 100 lits.

Notons encore que parmi les structures de type domicile, les immeubles avec encadrement social ont massivement répondu que l'animation jouera un rôle plus important dans les années à venir (19 structures sur 22). Dans le canton de Genève, une étude sur les structures intermédiaires, dont font partie les immeubles ainsi que les foyers de jour, est en cours d'élaboration, et il semblerait que les décideurs politiques ont l'intention de renforcer ce type de prise en charge des aînés dans le but de favoriser le maintien à domicile et de maîtriser les coûts de la santé.

Nous avons également questionné nos partenaires sur d'éventuelles modifications de la nature des prestations d'animation offertes par l'organisation. Un peu moins des deux tiers des structures (62 structures sur 105) pensent que leur offre va subir un changement dans un futur proche. Nous avons demandé en quoi consisterait cette modification. S'agissant d'une question ouverte, nous retraçons ici les grandes lignes des réflexions amenées par nos enquêtés. Le changement consisterait prioritairement en une mutation de la pratique professionnelle. Plusieurs structures pensent que l'animation auprès de la personne âgée va être amenée à développer davantage d'activités individuelles ou en groupes spécifiques afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé de leur clientèle. D'autres organisations veulent investir dans de nouvelles pratiques telles que l'approche communautaire ou l'animation culturelle et de loisirs (domaine du sport) ou encore renforcer la collaboration en réseau. Certains professionnels disent que le changement résidera en une diminution des activités suite aux restrictions budgétaires subies ces dernières années. Une autre raison provoquant la mutation du secteur d'animation réside dans le projet d'agrandissement du lieu.

A notre question sur les facteurs susceptibles d'encourager le changement de la nature des prestations d'animation (tableau 55), les raisons invoquées ont majoritairement trait à

l'évolution et la redéfinition du type de clientèle (82 structures sur 105). D'un côté, le vieillissement du public et l'apparition de pathologies de plus en plus lourdes (55 structures sur 105) forcent les professionnels de l'animation auprès des personnes âgées à ajuster leur pratique : l'animation individuelle et/ou en groupe restreint semble correspondre mieux à un public âgé dépendant. De l'autre côté, nos interlocuteurs voient arriver un nouveau type de clientèle (27 structures sur 105), plus revendicatrice, mieux formée, porteuse d'une demande accrue d'activités, etc. Il leur est demandé là encore de s'adapter à cette nouvelle génération d'aînés.

Le deuxième facteur susceptible de provoquer un changement dans la nature des prestations, et évoqué par 48% des organismes (51 structures sur 105), est l'évolution des politiques de prise en charge des personnes âgées. L'allongement de l'espérance de vie, et donc le vieillissement de la population, soulèvent des questions de première importance en ce qui concerne la prise en charge de nos aînés ainsi que la maîtrise des coûts de la santé qui en découle. Ces questions sont débattues par l'ensemble de la classe politique : de nouvelles stratégies sont recherchées, étudiées, discutées et expérimentées, d'autres sont renforcées, améliorées, modifiées ou éventuellement abandonnées. Nous voyons que nous évoluons dans un champ en pleine mutation, ce qui se ressent au niveau de notre enquête : la moitié des structures pense que leur avenir dépend de décisions politiques. Parmi elles, nous comptons les EMS et les immeubles avec encadrement social. Les premiers subissent ces dernières années des coupes budgétaires drastiques et ceci malgré un public nécessitant une prise en charge de plus en plus importante. Ces restrictions financières ont un impact direct sur les prestations offertes à la clientèle de ces établissements, et déstabilisent les professionnels. Ils les ressentent comme un désaveu, comme un désintérêt du travail qu'ils fournissent. Les services d'animation sont les premiers concernés par ces diminutions budgétaires : les soins étant considérés comme prioritaires, les animateurs voient leurs moyens se restreindre (diminution des postes de travail, coupe dans les prestations, etc.). S'agissant des immeubles avec encadrement social, des décisions politiques sont attendues prochainement. Le Conseil d'Etat genevois a demandé une étude sur les structures intermédiaires du canton afin d'étudier leur rôle et leur impact dans la prise en charge des aînés.

A l'inverse, les nouveaux modes d'intervention et de répartition des tâches ont peu souvent été nommés par les professionnels de ce champ d'intervention. Même s'ils soulignent leur volonté de faire évoluer l'animation auprès de la personne âgée en fonction des attentes et des besoins du public ainsi que du contexte institutionnel et sociétal (15 structures sur 105), il ne s'agit pas d'une préoccupation prioritaire. Nous constatons également que les mutations annoncées dans la répartition des tâches, entre autre par l'introduction de nouveaux types de professionnels tels que les CFC, ne hantent pas les animateurs en place dans nos structures consultées (12 structures sur 105). Nous développerons cette question plus en détail ci-après.

Tableau 55 – Facteurs susceptibles de provoquer des modifications dans la nature des prestations d'animation offertes (plusieurs réponses possibles)

	Nouveaux modes d'intervention	Evolution du type d'utilisateurs	Redéfinition du type de clientèle	Nouvelle répartition des tâches	Raisons politiques
EMS (sur 33 structures)	6	22	5	9	14
Hôpital (sur 4 structures)	0	3	0	1	3
Immeuble (sur 22 structures)	0	20	19	0	19
Foyer de jour (sur 5 structures)	0	4	0	0	2
Organis. com., soc., cult (sur 20 structures)	9	2	3	2	12
Club d'aînés (sur 21 structures)	0	4	0	0	1
Ensemble des structures (sur 105 structures)	15	55	27	12	51

Pour terminer, une question portait sur le paysage professionnel du champ socio-sanitaire. Celui-ci va se complexifier dans les années à venir avec l'arrivée sur le marché de l'emploi des premiers CFC d'assistant socio-éducatif ou assistants en soins communautaires. L'intégration de ces nouvelles professions dans le dispositif professionnel actuel soulève des discussions vives et animées. Toutefois, notre enquête révèle que les terrains intervenant auprès de la personne âgée sont majoritairement ouverts à l'accueil des CFC dans leur structure. En effet, 40% des organisations (28 structures sur 69) sont plutôt favorables à travailler avec ce type de professionnels tandis qu'un peu moins d'un tiers (22 structures sur 69)⁷³ pense peu probable ou est opposé à l'engagement de personnes en possession d'un CFC. C'est le cas des EMS avec 19 institutions intéressées par les CFC et 10 relativement opposées à cette catégorie professionnelle. La réponse des foyers de jour fait preuve d'une grande ouverture, la totalité des structures envisageant la possibilité d'engager des CFC.

6.8. Contraintes et défis

Le questionnaire a également interpellé nos interlocuteurs sur les contraintes et les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne d'animateur socioculturel ainsi que sur les défis qui les attendent dans les années à venir.

A ce propos, le thème qui revient le plus fréquemment concerne la modification du public accueilli dans les différentes structures. Les professionnels sont confrontés à une double évolution de la clientèle. Premièrement, ils doivent faire face à une population de plus en plus âgée et de plus en plus démunie, souffrant de pathologies de plus en plus lourdes et de déficits psychiques et cognitifs de plus en plus aigus. En conséquence, les animateurs questionnent l'adaptation de leur pratique et l'adéquation de leurs actions aux besoins et aux attentes de plus en plus spécifiques de ce public. L'animation personnalisée et qualitative semble former un axe important à développer permettant aux professionnels de répondre au mieux aux nouvelles prérogatives de la population très âgée. Au centre des préoccupations des professionnels demeure le souci de parvenir à encourager les seniors à rester acteur de

⁷³ Nous n'avons pas tenu compte ici des réponses groupées

leur vie et ceci malgré une santé physique et psychique fortement diminuée. Les animateurs vivent ces changements non uniquement comme une contrainte mais aussi comme une opportunité et un défi à relever pour leur profession.

Deuxièmement, une nouvelle génération de seniors investit la retraite. Il s'agit de personnes qui ont un bagage intellectuel et professionnel riche et varié, qui ont vécu l'envolée économique des « trente glorieuses » et qui tentent aujourd'hui de se faire reconnaître en tant que groupe social à part entière ayant pour « volonté d'occuper l'espace social et politique pour faire valoir leurs intérêts » (Viriot-Durandal, *In* Paugam, 2007). De ce fait, les professionnels se trouvent face à des retraités revendicateurs, aux mentalités forts hétérogènes appartenant à des milieux sociaux divers et se caractérisant par une diversité culturelle toujours plus grande. Ce public de plus en plus hétéroclite doit coexister dans cette communauté de retraités. Certains professionnels observent déjà des conflits intergénérationnels parmi les sujets âgés et dénoncent un clivage entre les 65 à 85 ans (« jeunes vieux ») et les 95 ans et plus (« vieux vieux »). Là encore, les pratiques professionnelles sont bousculées et nécessitent un renouvellement des approches.

Nous constatons que la mutation du public âgé soulève de nombreuses interrogations chez les professionnels de l'animation qui remettent en question leur pratique. Une pratique qui est encore récente et en construction. Une pratique qui existe et qui demande à être explicitée et nommée. Une pratique qui fait sens compte tenu des évolutions démographiques des pays occidentaux et qui cherche à être développée et étendue.

Une deuxième thématique récurrente porte sur le temps de travail des animateurs sur le terrain. Même si un tiers des services d'animation (37 structures sur 105) s'estime satisfait du temps d'intervention à disposition, la moitié des répondants (51 structures sur 105) dénonce le fait de ne pas disposer de temps de travail suffisant pour l'animation auprès de la personne âgée. Les professionnels se plaignant du manque de disponibilité envers les usagers travaillent avant tout dans les EMS (19 structures sur 33) et dans les immeubles avec encadrement social (20 structures sur 22).

Troisième sujet de préoccupation : les difficultés budgétaires et de fonctionnement rencontrées par les services d'animation du réseau gériatrique. Ceux-ci sont confrontés au manque de ressources en personnel et en argent, à des équipes trop faibles ou encore à une diminution des postes de travail dans leurs services. Certaines structures dénoncent aussi la lourdeur de la charge administrative et la nécessité de justifier et de quantifier leurs actions. Il semble également que les restructurations institutionnelles assez fréquentes dans le champ gériatrique épuisent et insécurisent les équipes professionnelles.

Ces problèmes d'ordre organisationnel, économique et politique créent un climat d'insécurité et d'instabilité, de crainte et de méfiance parmi les équipes de professionnels. Les travailleurs sociaux ont la sensation que l'animation est considérée par « *l'autorité comme secondaire et non indispensable* ». « *L'animation est particulièrement visée par les baisses de subventions cantonales* »⁷⁴ déclarent-ils. Ils dénoncent une non-reconnaissance, voire une mé-connaissance de leur travail auprès de la personne âgée parmi les décideurs politiques. Les professionnels sont amenés à travailler continuellement dans l'urgence et à faire aussi bien avec moins de moyens et moins de personnel. Les problèmes de

⁷⁴ Commentaire extrait des questionnaires

subventions dominant le paysage socio-sanitaire, empêchant le développement d'une réelle politique cantonale d'animation auprès de la personne âgée à long terme.

En Suisse romande, l'animation auprès de la personne âgée est rattachée au concept de travail social et non à des notions de soins globaux comme c'est plutôt le cas en Suisse allemande (Christe et al. 1998). Dans ce sens, le rapport et la collaboration entre les différentes équipes de soins et du social deviennent central. Des liens sont-ils possibles ? Existe-t-il des rivalités potentielles entre les professions ? De quelle manière cohabitent les divers métiers ? Le sujet n'est pas développé dans notre questionnaire, mais la collaboration interdisciplinaire figure parmi les préoccupations évoquées par les professionnels de l'animation.

L'évolution du public âgé soulève chez les professionnels du réseau socio-sanitaire la question des formations nécessaires pour intervenir auprès de la population âgée. Des connaissances plus spécifiques et de plus en plus pointues, entre autre dans le domaine psycho-gériatrique, semblent indispensables pour de nombreux travailleurs sociaux. Un investissement plus important dans la recherche est également suggéré par les professionnels afin d'explorer davantage ce champ naissant et méconnu. En lien avec la formation apparaît également la question de l'effet que va engendrer l'arrivée sur le terrain des nouvelles professions telles que les CFC, qui offrent des compétences intéressantes aux structures du réseau gérontologique à des coûts moindres.

Comme nous le voyons, les thématiques soulevées par les animateurs portent avant tout sur des préoccupations en lien avec l'évolution de leur environnement professionnel et de leur pratique. Il est question de l'état de santé physique et mentale des seniors, du temps de travail, des difficultés budgétaires et de la collaboration pluridisciplinaire. Les difficultés au quotidien liées à leur réalité d'intervention sont mises en avant par les animateurs, bien plus qu'une réflexion sur la mission et les orientations de l'animation auprès de la personne âgée aujourd'hui et à l'avenir. Néanmoins, il nous semble qu'une meilleure visibilité des fonctions, des buts et des tâches des animateurs du domaine socio-gérontologique, à travers notamment des écrits professionnels, permettrait de mieux faire connaître cette pratique.

6.9. Conclusion

Pour conclure ce chapitre qui porte plus particulièrement sur les animateurs et leurs pratiques de l'animation auprès de la personne âgée, il importe de rappeler quelques-uns de nos résultats d'enquête. Tout d'abord, nous constatons que de grands efforts ont été fait au niveau de la professionnalisation du métier de la part des différents acteurs de ce champ d'intervention. Toutefois, l'absence de projet d'animation dans la plupart des structures étudiées démontre la faiblesse d'une réelle réflexion sur le sens et la finalité de la profession et de ses pratiques. Comme souvent, l'animateur se cantonne dans l'action, la réalisation et la planification. Il est davantage dans le « faire » et dans la gestion de l'urgence quotidienne que dans la conceptualisation et dans l'examen approfondi de son métier. Cette réflexion sur l'essence même de la profession d'animateur en gérontologie est nécessaire pour permettre à l'animation de s'inscrire définitivement et durablement dans le paysage gérontologique.

Elle permettra aux professionnels de mieux se faire entendre, connaître et accepter par les décideurs politiques et institutionnels et les autres corps de métier.

L'étude sur les activités d'animation auprès de la personne âgée dans le canton de Genève montre également que la pratique se construit selon deux axes en fonction du public accueilli et du type de structure : l'un se caractérise par une approche avant tout culturelle, de loisirs et récréative, l'autre revêt plutôt des facettes thérapeutiques et préventives. Ces deux axes coïncident avec une dichotomie entre les organisations de type domicile et d'hébergement : si dans les structures domiciliaires le premier axe prime, dans les institutions de type hébergement le volet thérapeutique et préventif croît en importance à mesure que l'état de santé des résidents se fragilise. Cette division des publics au niveau des deux catégories institutionnelles « domicile versus hébergement » s'observe très nettement à travers les réponses obtenues. Nous avons d'un côté des personnes autonomes, voire semi-autonomes (structures de type domicile), et de l'autre côté une majorité de seniors semi-autonomes ou soumis à des incapacités graves (structures de type hébergement). Dans ce dernier cas, l'animation a dû s'adapter à l'évolution des usagers en développant des approches plus individualisées ou des activités spécifiques en groupes restreints.

Cette étude nous a permis de questionner les objectifs poursuivis par les professionnels de l'animation à travers leurs actions. Deux préoccupations apparaissent clairement : il s'agit du développement de la sociabilité du senior d'une part, et de l'ouverture de la personne et de l'institution sur le monde extérieur d'autre part. Nos données montrent que le but du professionnel est de créer ou de recréer du lien par la restauration d'un réseau social afin de prévenir l'isolement du senior et de lui permettre de retrouver une vie sociale. Préoccupations aussi mises en avant par Froideveaux et Ardelier (1997) dans leur recherche-action dans un foyer de jour genevois. Pour atteindre le premier objectif, il importe de stimuler la communication et les échanges interpersonnels en favorisant l'émergence et l'expression d'envies, d'opinions et d'intérêts. Le deuxième objectif poursuit l'idée de rendre la structure et les seniors participants « d'une société en mouvement par un projet d'ouverture sur le quartier et la ville » (Froideveaux et Ardelier, 1997).

Cependant, ce travail ne peut se faire qu'avec la personne âgée, elle-même. Or, il semble qu'avec « l'entrée dans le processus de dépendance, les personnes âgées se trouvent de fait assignées à une position protégée de citoyens aux droits individuels limités existant surtout par procuration à travers celles et ceux qui les assistent » (Thomas, *In Gérontologie sociale*, n° 120, 2007). Ils perdent leur statut d'acteur, de citoyen à part entière. Cette notion de citoyenneté n'implique-t-elle pas une capacité effective à agir, à penser, à participer ? La personne âgée dépendante la possède-t-elle toujours ? Quelle est la réalité sur le terrain professionnel ? Notre questionnaire interrogeait les principaux acteurs impliqués dans l'élaboration des actions. Le senior se trouve en troisième posture. Il est consulté mais ne participe pas concrètement aux décisions communes. Il reste dans un rôle de consommateur. Bernard Hervy (*In Gérontologie sociale*, n° 120, 2007) prend l'exemple des conseils d'administration des lieux d'hébergement. Il constate que les principaux intéressés n'y sont pas associés, ni représentés. Les aînés « bénéficient des bienfaits du système, mais ne peuvent participer ni à ses orientations, ni à son organisation. » De ce fait,

ils ne participent pas aux orientations de leur cadre de vie. Or, « être vieux, c'est être adulte et donc ne pas être privé de sa responsabilité de sujet de désir, de choix, de raison. » C'est la condition du maintien d'une véritable citoyenneté.⁷⁵

L'animation socioculturelle défend cette participation au fonctionnement démocratique de la personne âgée dans la société et plus particulièrement au sein des différentes structures du réseau gérontologique. Elle a un rôle central à jouer dans ce sens. Toutefois, l'avenir de cette profession demeure une préoccupation principale pour de nombreux travailleurs sociaux de ce champ d'intervention. Ils se questionnent sur la politique réservée au secteur gérontologique dans les années à venir. Les soins continueront-ils à être considérés comme prioritaires ? De quelle manière financer une approche axée sur l'être social et non sur le patient ? Quelles sont les attentes des seniors : désirent-ils avant tout être « soignés » ou vivre en tant que sujets à part entière ? Ce questionnement reste complexe et loin d'être résolu, et devrait donner lieu à de nouvelles études. En effet, l'intérêt pour la pratique de l'animation sociogérontologique existe dans la majorité des institutions interrogées qui lui accordent une place centrale et estiment que la profession va devoir se renforcer à l'avenir.

⁷⁵ Thomas H., La promotion de la citoyenneté sociale et politique dans le grand âge à l'ère de la protection rapprochée, *In* Gérontologie et société, no 120, 2007

V. CONCLUSION

La société occidentale est entrée aujourd'hui dans une phase de mutation profonde : le vieillissement démographique de la population, et donc l'accroissement constant du public âgé ainsi que l'allongement de l'espérance de vie et l'hétérogénéité même de ce public, jouent un rôle déterminant dans cette « rénovation » sociétale (Dumazedier, 1950). Si, il y a une centaine d'années en arrière, la vieillesse se résumait à une période très courte, voire inexistante du cycle de vie d'un individu, elle a évolué aujourd'hui vers une phase de la vie de plus en plus longue mettant ainsi en question notre organisation sociétale. Dans cette transformation de la collectivité, le travailleur social et notamment l'animateur socioculturel a une place à prendre aux côtés de la population âgée afin que cet allongement de la durée de vie prend tout son sens pour l'individu d'une part et pour la société d'autre part.

Comme nous l'avons vu, l'animation auprès de la personne âgée s'inscrit et défend les valeurs fondamentales de l'animation socioculturelle : la promotion de l'individu et des groupes d'individus, le déploiement des ressources des personnes, l'exercice de la citoyenneté et le développement du lien social, la promotion du temps libre, des loisirs et de la vie culturelle. Nous avons également constaté que la pratique de l'animation dans le champ socio-gérontologique a beaucoup évolué au fil du temps. En se professionnalisant, elle est passée d'activités occupationnelles dispensées par des bénévoles à des actions basées sur de véritables projets d'animation socioculturels qui tiennent compte des préoccupations, des potentialités et des attentes des seniors, ainsi que du contexte politique, économique et institutionnel.

Toutefois, et cette étude le montre, l'animation auprès de la personne âgée reste une approche spécifique car inscrite dans un environnement politique et institutionnel particulier d'une part, et intervenant auprès d'un public de plus en plus âgé et de plus en plus hétérogène d'autre part.

En premier lieu, la politique de prise en charge des aînés est dominée par une vision médicale et de soins, tandis que la conception sociale de la vieillesse est restée marginale dans cette réflexion. La comparaison du nombre de travailleurs sociaux et de soignants engagés dans les structures de type hébergement, ou encore le budget plutôt faible réservé à ce secteur, en disent long sur la place du social dans ce champ d'intervention. L'animation a donc dû imprimer son approche et sa pratique dans un environnement qui lui est à première vue hostile et étranger. De fait, elle se place en questionnement du fonctionnement et de l'organisation des diverses structures dans lesquelles elle est présente. Elle a notamment œuvré au décloisonnement des structures en créant des ponts entre l'espace personnel du senior et le monde externe, entre le privé et le public, en ayant constamment le souci que l'institution ou le domicile ne devienne pas l'unique microsystème de l'aîné. Dans ce sens, l'animation intervient sur le réseau social de la personne âgée et son espace de vie, elle tente de re-crée des liens sociaux là où ils sont rompus et invite le senior à rester citoyen à part entière.

En deuxième lieu, l'animation auprès de la personne âgée est spécifique par le public même auprès duquel elle intervient. La longévité croissante oblige à reconsidérer la

vieillesse, « à différencier des vieillesse dans la vieillesse ». ⁷⁶ Ainsi, depuis 1980, on voit apparaître en Europe la notion de 4^e âge désignant les personnes de 80 ans ou plus marquées par la sénescence. S'agissant du réseau socio-gérontologique genevois, les diverses structures ont vu leur public cible se transformer : la population accueillie est devenue de plus en plus âgée, de plus en plus fragile et de plus en plus polyhandicapée. Le vieillissement des usagers provoque une remise en question de la pratique de l'animation jusqu'alors davantage centrée sur l'intervention collective. Afin de s'adapter à l'évolution de son public, l'animation a développé une intervention plus personnalisée qui prend en compte l'histoire de la personne et sa trajectoire de vie. L'animateur s'intéresse ici aux potentialités du senior, à ses richesses et à ses forces, et non uniquement à ses déficiences, à ses manques et à ses pertes. L'aîné est considéré comme un « être social dans sa globalité » ⁷⁷, comme un être spirituel, culturel et intellectuel. Dans cette perspective, l'action en animation invite la personne âgée à exprimer ses désirs et ses envies afin qu'elle se révèle à elle-même et qu'elle détermine elle-même le contenu de l'action, qui est toujours volontaire et ouverte. En privilégiant l'individu par rapport au collectif dans un premier temps, l'animateur conçoit des activités au plus proche des attentes de l'aîné et encourage ainsi dans un deuxième temps, l'ouverture de la personne sur des liens interindividuels, la création de groupes et de collectivités. De cette façon, l'animation permet un déplacement du regard usuel sur la personne âgée. Elle propose, mais cette fois-ci « à partir de l'individu, de recréer le lien social, d'ouvrir, de décroiser, de montrer... ». ⁷⁸

En résumé, nous constatons que l'action professionnelle auprès de la personne âgée s'appuie sur les grandes orientations de l'animation socioculturelle : le courant sociopolitique et la dimension de temps libre, tout en développant des approches spécifiques qui tiennent compte de l'évolution du public âgé ainsi que du contexte institutionnel. Toutefois, rares sont les études en Suisse qui s'intéressent à ces professionnels du social qui interviennent dans le champ socio-gérontologique.

Notre recherche vise à combler cette lacune en cherchant à appréhender le domaine d'intervention des animateurs auprès de la personne âgée à l'exemple du canton de Genève, à saisir la spécificité de leur pratique et de leur contexte, ainsi qu'à mettre en évidence leur profil professionnel.

L'objectif général de cette étude consistait donc à dresser un portrait de la réalité genevoise de l'animation en milieu socio-gérontologique. Nos explorations ont dévoilé un réseau complexe, riche en offres multiples et diversifiées, mais également des institutions qui évoluent dans un contexte en constante mutation.

Les principaux résultats de notre étude portent sur les aspects suivants :

- **L'axe historique** : D'un point de vue diachronique, nous pouvons relever que l'animation est apparue dans le champ socio-gérontologique dans les années 70. L'enquête révèle qu'avant 1960, la pratique de l'animation auprès des aînés est

⁷⁶ Lalive d'Epinay Ch., Spini D., Le grand âge : un domaine de recherche récent, *In* : Gérontologie et société, no 123, décembre 2007

⁷⁷ Hirsch Duret E., Présentation lors de la 2^{ème} journée des animateurs auprès des personnes âgées organisée par la Plateforme romande de l'animation socioculturelle du 4 mars 2008

⁷⁸ Ibid

inexistante. Les premiers organisateurs d'activités d'animation s'adressant aux personnes âgées du canton sont les mouvements protestants et catholiques tels que Caritas et le Centre Social Protestant en 1960. Au niveau des structures d'hébergement, c'est à partir des années 1970 que l'on voit apparaître les premiers services d'animation. Dès 1990, tous les nouveaux EMS sont systématiquement dotés d'un tel service. Il semble donc que l'apparition d'institutions s'intéressant à la personne âgée en tant qu'individu ; à ses aspirations, à sa réalisation, à son bien-être culturel, social et spirituel - tels que les foyers de jour, les clubs d'aînés et les associations de défense et de soutien aux personnes âgées - ait favorisé l'introduction et le développement de l'animation dans les structures jusqu'alors centrées sur les soins et l'hébergement. Dans cette recherche, nous n'avons qu'effleuré les aspects diachroniques de l'évolution de la politique sociale et institutionnelle du canton ainsi que le développement de la pratique d'animation à l'égard des aînés. Pourtant, pour mieux saisir les enjeux du présent et envisager avec sérénité l'avenir de la prise en charge des aînés, il nous apparaît essentiel de reconstituer le développement historique des mesures et des pratiques. Il serait intéressant de consacrer une recherche à la dimension diachronique de ce champ d'intervention et de ces pratiques, c'est de cette façon seulement que peut se construire une véritable politique cantonale de la personne âgée dotée d'une vision à long terme !

- **La classification du réseau socio-gérontologique genevois** : L'analyse du réseau nous permet aujourd'hui de distinguer trois différents types d'institutions.
 - Premièrement, il y a les organisations ayant pour public cible les personnes âgées qui emploient des professionnels de l'animation. Il s'agit des EMS et des foyers de jour, structures ayant développé une animation qui s'est spécialisée dans la prise en charge des aînés.
 - Le deuxième groupe comprend les institutions qui s'adressent à un public d'aînés, mais qui ne bénéficient pas d'équipe d'animations à proprement parler. Nous comptons parmi cette catégorie les immeubles avec encadrement social et les clubs d'aînés.
 - Enfin, nous avons les organismes qui emploient des animateurs socioculturels qualifiés, mais dont les activités s'adressent à un public hétérogène. Nous pensons ici aux structures hospitalières et aux maisons de quartier, centres de loisirs et de rencontres, ainsi qu'aux unités d'action communautaire.
- **Nombre et répartition des animateurs à travers le réseau socio-gérontologique** : En outre, cette recherche a repéré les effectifs d'animateurs au sein du réseau genevois. Même si l'animation est bien présente dans la plupart des établissements intervenant auprès des seniors, le nombre de professionnels et de postes est faible par rapport à la taille des institutions, à l'ensemble des personnes accueillies ainsi qu'aux autres corps de métier. S'agissant de la question de la répartition de ces professionnels dans le réseau, nous avons pu constater que les animateurs sont largement sous-représentés dans le champ de la gérontologie. Concernant les structures d'hébergement, par exemple, il apparaît que les EMS disposent de 2.5 postes en moyenne par établissement, ce qui fait qu'un animateur à

temps plein en EMS intervient en moyenne auprès de 33.8 résidants ! Dans le domaine du domicile, il est difficile de parler d'effectifs ou de services d'animation socio-gérontologique et ceci pour différentes raisons : les clubs d'aînés ne possèdent pas de professionnels de l'animation au sein de leur structure tout comme les immeubles avec encadrement social, pourtant ces structures proposent des activités d'animation. Les maisons de quartier et les unités d'action communautaires sont pourvues d'animateurs formés, mais n'ont pas le mandat d'intervenir spécifiquement auprès du public âgé. Restent les foyers de jour qui eux sont au bénéfice de professionnels intervenant auprès de la personne âgée, mais dont le nombre de structures reste faible.

- **La politique de l'intervention sociale auprès des aînés :** Nous avons abordé la question des qualifications et des compétences professionnelles. Nous avons constaté que le personnel de l'animation dans le canton de Genève s'est professionnalisé ces dernières années. Toutefois, il apparaît que l'hétérogénéité des qualifications professionnelles reste encore importante, avant tout dans les EMS. Ce résultat met en évidence l'absence d'un cadre clair sur la place et le rôle de l'animateur dans ce champ d'intervention ainsi que d'une stratégie d'avenir quant à l'offre de la prise en considération des aînés.
- **Les compétences professionnelles nécessaires aux animateurs intervenant auprès de la personne âgée :** Les résultats de notre enquête permettent de dégager trois compétences-clés.
 - La première porte sur les connaissances en gérontologie. Selon les milieux professionnels interrogés, un animateur intervenant auprès de la personne âgée doit avoir de solides connaissances sur le vieillissement de l'être humain.
 - La deuxième compétence-clé est la capacité de développer une relation professionnelle avec les usagers dans une attitude appropriée permettant le respect et la confiance entre les différents acteurs.
 - Pour finir, la troisième compétence-clé met l'accent sur l'aptitude à engager une action tout en encourageant la participation des différents acteurs et en se questionnant sur son sens.A l'inverse, un certain nombre de compétences professionnelles n'ont récolté que peu de suffrages lors de notre enquête. C'est le cas des items suivants : développer la communication externe, communiquer sur le plan interculturel et avoir des qualités de médiateur. Ce résultat nous interroge, car si le travailleur social travaille les processus d'exclusion et d'isolement afin de promouvoir le rôle et la place de nos aînés, il s'agit de modifier les représentations péjoratives que notre société véhicule à leur rencontre, à travers, entre autre, des interventions ciblées dans les médias et des actions de médiation entre les différentes générations et cultures.
- **Les activités d'animation en gérontologie :** Nous avons regroupé les activités d'animation en gérontologie en trois catégories distinctes : premièrement l'animation culturelle, de loisirs et récréative, deuxièmement l'animation thérapeutique et préventive et troisièmement l'animation interculturelle, intergénérationnelle et sociale. Dans les structures d'hébergement, c'est-à-dire les EMS et les structures

hospitalières, les deux axes regroupant d'un côté les activités culturelles, de loisirs et récréatives, et de l'autre côté les animations thérapeutiques et préventives, sont bien présents. Dans les structures de type domicile au contraire l'axe thérapeutique et préventif s'efface sensiblement laissant la place aux animations culturelles et de loisirs. Dans les institutions d'hébergement, la dominance du milieu de la santé d'une part, et le vieillissement et l'accentuation de la dépendance du public d'autre part peuvent expliquer l'importance du volet thérapeutique.

- **Les objectifs poursuivis par la pratique d'animation** : Nous avons remarqué qu'ils se rapportent au type de structure dans laquelle l'animateur intervient. Dans les EMS, par exemple, les professionnels de l'animation agissent prioritairement sur le maintien de l'autonomie de la personne âgée, sur l'environnement du résident et enfin sur la valorisation de l'individu et de son image de soi. Les animateurs des hôpitaux genevois inscrivent leurs actions clairement dans le volet médical : maintien et développement de l'autonomie, mobilisation des capacités physiques et psychiques ainsi que l'accompagnement face à la mort et au deuil sont au premier rang de leurs préoccupations. Il apparaît donc que les structures de type hébergement fondent leurs actions prioritairement sur des objectifs médicaux. A l'inverse, les objectifs des structures de type domicile tels que les organisations communautaires, sociales, culturelles et de loisirs ainsi que les clubs d'aînés, s'inscrivent clairement dans l'axe collectif. Les items portant sur l'encouragement à la sociabilité, sur la restauration du réseau social ou encore sur l'ouverture sur le monde extérieur sont le plus souvent retenus par les professionnels de ces organisations. Ces institutions, sauf les clubs d'aînés, portent aussi une attention particulière sur la valorisation du rôle de la personne âgée. Les objectifs appartenant au volet médical deviennent secondaires. Il est important de souligner toutefois que les réponses des foyers de jour divergent quelque peu de celles des autres organisations de type domicile ; ils paraissent plus proches des objectifs des structures d'hébergement. Globalement, il apparaît que les objectifs des structures du réseau socio-gérontologique portent avant tout sur la vie sociale et collective de la personne âgée. Il ressort donc de notre enquête un réel souci, de la part des acteurs professionnels de l'ensemble des structures de notre échantillon, de défendre l'être âgé comme être social, et de le maintenir, tout comme l'institution qui l'accueille, intégré dans l'espace public : la collectivité, le quartier, la ville...
- **Les caractéristiques des publics accueillis par les différentes structures du réseau** : Ainsi, nous avons constaté que les organismes de type domicile interviennent surtout auprès d'un public de moins de 84 ans et qu'à l'inverse les EMS accueillent majoritairement un public très âgé, de 85 ans et plus. Il apparaît également que les activités des services d'animation de type domicile s'adressent avant tout à des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes, tandis que le public des structures d'hébergement est semi-autonome, voire constitué de personnes avec incapacités graves. Quant au caractère de l'animation - personnalisé, de groupe ou tout public – nous avons observé une différence d'approche entre les structures de type hébergement et celles du domicile. Dans le contexte des EMS, les animations proposées à des groupes spécifiques sont les plus

développées. Viennent ensuite par ordre décroissant les animations destinées à l'ensemble des résidants, puis celles qui s'adressent à l'individu. Pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées vivant à domicile, il semble que l'animation collective pour l'ensemble des usagers reste la pratique la plus répandue, même si l'animation pour des groupes spécifiques d'usagers et l'animation personnalisée font leur apparition, notamment au sein des foyers de jour.

Perspectives de recherche

Il importe maintenant de donner une suite à cette recherche, de passer des données quantitatives aux observations de la pratique d'animation auprès de la personne âgée d'une part, et à l'analyse des discours des décideurs politiques et institutionnels ainsi que des professionnels d'autre part.

Sur la base des résultats obtenus dans cette étude, deux perspectives de travail apparaissent particulièrement intéressantes à approfondir : l'une porte sur la pratique institutionnelle de l'animation auprès d'un public très âgé et dépendant et l'autre concerne les personnes âgées vivant à domicile. En effet, la recherche a montré que le public âgé est composé d'une population hétérogène ayant des attentes et des besoins fort disparates. Ce public comprend aussi bien des seniors souffrant d'incapacités graves et nécessitant une prise en charge plus conséquente que des retraités autonomes, vivant à domicile et qui veulent garder une place active dans la société. La question se pose alors : *quel type d'animation proposer pour quel public ?*

1. Pratique institutionnelle de l'animation: animation auprès d'un public très âgé et dépendant. Nous avons vu que les structures du réseau socio-gérontologique tels que les EMS et les foyers de jour accueillent des usagers de plus en plus âgés et de plus en plus fragilisés. Cette mutation des publics soulève une question de fond : *l'animation peut-elle continuer à s'adresser largement à l'ensemble des publics âgés ou au contraire ne devrait-elle pas davantage se spécialiser et affiner ses actions en fonction du type de clientèle ?* De plus, le vieillissement du public et l'altération de la santé des personnes âgées n'a pas laissé les animateurs indifférents. Ils ont modifié leur pratique en développant entre autre une approche plus personnalisée. *De quoi s'agit-il ?* Il serait important d'observer cette pratique d'animation spécifique dans une étude ultérieure afin d'avoir une meilleure compréhension du travail réalisé par les animateurs en gérontologie. Elle permettrait aussi de mieux saisir la mission, les valeurs de la pratique de l'animation dans ce champ d'intervention et enfin d'appréhender les perspectives futures de ce métier.

2. Personnes âgées vivant à domicile: observation de l'utilisation, par la personne, des ressources personnelles et collectives à sa disposition. N'oublions pas que la vie de la grande majorité des personnes âgées se déroule à domicile, dans leur quartier. Parmi ces personnes, nombreuses sont celles qui risquent de se trouver tôt ou tard dans une situation qui les dépasse et où elles ne se sentent plus maître de leur destin : inactivité, pauvreté, deuil, isolement, solitude, maladie, etc. *Comment dès lors parvenir à restaurer, maintenir, voire améliorer les conditions de vie, l'autonomie et le bien-être de ces aînés ? De quelle*

manière l'animation peut-elle atteindre ce public de seniors et participer à permettre au plus grand nombre d'entre eux de tendre vers un « vieillissement réussi » ?⁷⁹

Cette étude a montré que le canton de Genève est doté d'un réseau institutionnel à domicile riche et multiple. Elle a aussi révélé que nous sommes en présence de professionnels socio-sanitaires de qualité (par ex. UAC, maisons de quartier). Toutefois, le réseau à domicile se caractérise par une grande complexité et par une difficulté de collaboration et de coordination. De plus, les prestations développées et fournies sont insuffisamment connues et valorisées dans la cité et auprès de ses habitants. Dans la perspective de prolonger notre étude, il serait intéressant d'examiner de façon plus approfondie le travail des professionnels intervenant à domicile en matière de promotion de la prévention en gérontologie, laquelle vise l'amélioration de la qualité de vie des aînés.

Une recherche, dans ce sens, est actuellement en cours dans une cité d'habitation à Berlin dont le public âgé est socialement défavorisé. Trois chercheuses étudient le réseau socio-gérontologique de ce quartier et son impact sur la promotion de la prévention primaire auprès des aînés. Dans un premier temps, elles procèdent à une observation du réseau existant : sa composition, son organisation, son fonctionnement et les prestations offertes ainsi que les motivations et les compétences de ses membres. Dans un deuxième temps, l'étude portera sur l'adéquation entre l'offre et les attentes du public. Sur la base des résultats de leur recherche, elles proposent de développer - en collaboration avec le réseau existant et de façon concertée et participative - un programme d'intervention en vue de sa généralisation dans d'autres quartiers de la ville.⁸⁰

En Ville de Genève, les unités d'action communautaire - tout comme les maisons de quartier - travaillent dans ce sens en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie du quartier et sur le renforcement des liens sociaux entre les habitants.⁸¹ Une telle étude, à l'exemple d'un quartier, permettrait d'observer de façon approfondie le réseau existant dans notre canton, les forces en présence, les alternatives et projets novateurs en cours, les perspectives d'évolution possible, etc. Elle porterait non seulement sur des questions relatives à la santé ou aux compétences cognitives de la personne, mais également sur l'observation de l'utilisation, par la personne, des ressources personnelles et collectives à sa disposition.

Aujourd'hui, arrivée au terme de cette étude - si terme il peut y avoir dans une telle entreprise... - j'ai l'impression d'avoir voyagé à travers des contrées encore inexplorées. J'ai découvert des paysages à la fois étranges et secrets, riches et infinis. Certes, les deux années passées sur cette recherche m'ont permis de répondre à certains de mes questionnements initiaux sur l'animation auprès de la personne âgée, mais reste cette sensation d'avoir soulevé juste un coin du voile de ce monde secret et de terminer cette étude avec davantage d'interrogations, certes plus ciblées, qu'au début de mes investigations.

⁷⁹ Aquino J-P., Le vieillissement : d'un modèle « déféctologique » à un modèle « ontologique », *In Gérontologie et société*, no 123, décembre 2007

⁸⁰ Heusinger J., Schuster M., Wolter B., Gesundheitsförderung für alte Menschen im Stadtteil durch Kooperation und Ressourcenstärkung, 2008

⁸¹ www.ville-ge.ch/uac

VI. BIBLIOGRAPHIE

Alinski S., Manuel de l'animateur social, Paris, Seuil, 1976.

Amyot J.-J., Mollier A., Mettre en oeuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, Dunod, Paris, 2002.

Aquino J.-P., Le vieillissement : d'un modèle « défectologique » à un modèle « ontologique », *In* Gérontologie et société, no 123, décembre 2007.

Badey-Rodriguez C., Les personnes âgées en institution : vie ou survie, Seli Arslan, Paris, 1997.

Besnard P., L'animation socioculturelle, Paris, P.U.F. « Que sais-je ? » No 1655, 1985.

Blanc B., Actions collectives et travail social, Paris, ESF, tome I et II, 1986-1989.

Bouillet J.-Y. et al., L'animation : réflexions sur une définition, *In* Gérontologie et société, no 66, 1993, p. 43-51.

Cardinet A., Wust J.-M., Châtelain J.-P., Quels projets pour la vieillesse ? Commentaire du rapport fédéral « vieillir en Suisse », Réalités sociales, Lausanne, 1999.

Cariou M., Personnalité et vieillissement ou Permanence adaptative de l'enfance au grand âge : une théorie du détour. Thèse de doctorat d'Etat Université Paul Valéry, Montpellier, 1992.

Cavalli S., Vieillard à domicile, vieillards en pension, une comparaison, Réalités sociales, coll. « Ages et société », Lausanne, 2002.

Chanard A., Transrural initiatives, Paris, no 286, 7 juin 2005.

Christe E. et al., Relations sociales et institutions, rapport pour le Programme National de Recherche 32 (Vieillesse) du Fonds National de la Recherche Scientifique, IES, Genève, 1998.

Crône Ph., L'animation des personnes âgées en institution, Masson, Paris, 2004.

Dale V., Badey-Rodriguez C., Evolution des pratiques d'animation à Genève, *In* Gérontologie et société, no 96, Paris, 2001.

Dejours Ch., Le facteur humain, PUF coll. Que sais-je ? Paris, 2002.

Delbrouck A., L'animateur socio-culturel en EMS, mémoire de diplôme, EESP, Lausanne, 1993.

Donzelot, J., Roman, J., Les nouvelles donnes du social, *In* Revue Esprit, mars-avril 1998, p. 7-25.

Du Pasquier et al., Les chemins de l'aide. Enquête auprès des personnes âgées dépendantes, Genève, 1995.

Duquenoy Spsychala K., Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer. Ed. Erès, Ramonville Saint-Agne, 2002.

FEGEMS, Quels lieux de vie pour les personnes âgées ? Vers de nouveaux modèles d'habitat et d'accompagnement, Fédération genevoise des établissements médico-sociaux, Genève, 2004.

Freymond Ch., Portrait démographique de la Suisse, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, Edition 2004.

Gillet J-Cl., Animation et animateurs, Le sens de l'action L'Harmattan, Paris, 1995.

Gilliand P., Evolution et perspectives du système de santé : quelques comparaisons avec la Suisse, des cantons et des pays de l'OCDE, République et Canton du Jura Service de la santé, Delémont, 1999.

Goffman P-E., Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux, Ed. Minuit, Paris, 1968.

Guillemard A-M., Vieillesse et exclusion, *In* L'exclusion, l'état des savoirs, Paugam S. (dir.), Ed. La Découverte, Paris, 2006.

Hagmann H-M. et Fragnière J-P., Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation, Réalités sociales, coll. Age et société, Lausanne, 1997.

Hatzfeld H., Construire de nouvelles légitimités en travail social Dunod, Paris, 1998.

Hartweg Cl., Zehnder G., Animateurs et animation en établissement pour personnes âgées, coll. Pratiques gérontologiques, Erès, Ramonville Saint-Agne, 2003.

Hervy B., L'animation dans ses démarches, quels projets de vie ? Et pour qui ? *In* Gérontologie et société, 1993, no 66, p. 8-15.

Heusinger J., Schuster M., Wolter B., Gesundheitsförderung für alte Menschen im Stadtteil durch Kooperation und Ressourcenstärkung, *In* Richter A., Bunzendahl I., Altgeld Th., Dünne Rente -- Dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit - Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2008.

Hirsch Durrett E., Christe E., Travail social et personnes âgées, quels besoins de formation ? Rapport d'étude, Institut d'Etudes Sociales, 1992.

Höpflinger F., Stuckelberger A., Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse, Réalités sociales, Lausanne, 1992.

Ion J., Tricart J-P., Les travailleurs sociaux, Paris, La découverte, 1998.

Ionescu S., 14 approches de la psychopathologie, Nathan, Paris, 2000.

Jonckheere de C., Agir envers autrui. Modèles d'action dans les professions de l'aide psychosociale. Lonay, Paris : Editions Delachaux & Niestlé, 2001.

Krekic E., C'est si simple d'animer, CEFEC, Centre interfacultaire de Gérontologie, Genève, 2001.

Lalivie d'Epinay Ch. et al., Les personnes âgées à Genève 1979-1994 : santé, famille, réseaux d'aide et de soins, Collection: Les cahiers de la santé, Direction de la santé publique, Genève, 1997, no 8.

Lalivé d'Épinay Ch. et al., Atlas Suisse de la population âgée, Réalités sociales, Lausanne, 1998.

Lalivé d'Épinay Ch. et al., Vieillesse au fil du temps (1979 – 1994), Réalités sociales, Lausanne, 2000.

Lalivé d'Épinay Ch., Spini D., Le grand âge : un domaine de recherche récent, *In* Gérontologie et société, no 123, décembre 2007.

Lalivé d'Épinay Ch., Spini D. et al., Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2007

Lenoir R., L'intervention du troisième âge, *In* Actes de la recherche en sciences sociales, 1989.

Levet M., L'Age de la flamboyance, Ed. Jacques Bertoin, 1993.

Libois, J., Loser, F., Travailler en réseau, Analyse de l'activité en partenariat dans les domaines du social, de la santé et de la petite enfance, Genève, Editions IES, no 3, 2003.

Louage Yves, « L'Animation des personnes très âgées à domicile, en vacances », *In* Gérontologie et société, no 66, 1993, p. 129-130.

Mamoukian A, Animation et attentes des personnes âgées *In* Gérontologie et société, 1993, p. 25-42.

Marcillat H., Vieillesse et société : le rendez-vous manqué, la dépendance des personnes âgées en question, Eres, 2000.

Masse M., Le modèle écologique : impacts sur les pratiques et la recherche dans les domaines de l'éducation, du social et de la santé, Genève, 2007. Article à paraître.

May R., Le désir d'être : psychothérapie existentielle, Ed. Epi, Paris, 1972.

Mémin Ch., Réflexions sur l'animation, *In* Gérontologie, 1987, no 61, p. 25-32.

Moser, H., Müller E., Wettstein H., Willener A., L'animation socioculturelle: Fondements, modèles et pratiques, Editions IES, Genève, 2004.

OCSTAT (Office cantonal de la statistique) – Mémento statistique du canton de Genève – 2006.

OCSTAT, Personnes âgées dans le canton de Genève. Prise en charge et prestations sociales, Genève, juillet 2007.

Poujol G., Profession: animateur, Toulouse, Privat, *In* Pratiques sociales, 1989.

Simonot M., Les animateurs socioculturels, étude d'une aspiration à une activité sociale, Rouen, PUF ; 1974.

SWILSO-O : Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest-Old, requérant principal C. Lalivé d'Épinay.

Thomas H., La promotion de la citoyenneté sociale et politique dans le grand âge à l'ère de la protection rapprochée, *In* Gérontologie sociale, no 120, 2007.

Vercauteren R. et al., Animer une maison de retraite, Erès, Toulouse, 1995.

Vercauteren R., Chapeleau J., Evaluer la qualité de vie en maison de retraite, Erès, Ramonville St Agne, 1995.

Vieillir en Suisse, (sous la présidence de H. Güpfer), rapport 1979, Office fédéral des imprimés, Berne.

Vuille M., L'évaluation interactive, Service de la recherche sociologique, Cahier no 34, 1992.

Wanner Ph., Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel et Université de Genève.

Wanner Ph., Réalité démographiques des relations entre génération, *In* Famille & Société, no 4, Septembre 2004.

Sites internet

<http://etat.geneve.ch/info-ems/ui/Accueil/BdeUiAccueil.jsp?idMenu>

<http://etat.geneve.ch/dass/site/dgcass>

<http://www.un.org/french/ageing>

http://ville-ge.ch/dpt5/social/aines_f.php

<http://ville-ge.ch/uac>

<http://www.adage-animation.ch/liens.htm>

<http://www.age-platform.org/FR/>

<http://www.anim.ch>

<http://www.anim.ch/agaspa/>

<http://www.apaf.ch/f/ra2003.asp>

<http://www.docanimation.fr>

<http://www.fase-web.ch>

<http://www.fegems.ch>

<http://www.gag.affinitiz.com>

<http://www.geneve.ch/fo/2005/20050706.asp>

http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_J7_20.html

http://www.geneve.ch/ocirt/relation_travail/welcome.asp

http://www.geneve.ch/social/ocpa/foyer_de_jour

<http://www.geneve.ch/statistique/publications/pdf/2007/analyses/an-ed-2007-44.pdf>

http://www.hug-ge.ch/hug_enbref/mission.html

http://www.seniors-geneve.ch/association_fiche

<http://w3public.ville-ge.ch/soc/uac.nsf>

Remerciements

A mon mari et mes enfants pour leur soutien immense et leurs encouragements.

Un merci particulier à Marie Vial qui m'a accompagné sur le plan méthodologique tout au long de cette recherche.

A Maëlle Dubath pour sa relecture grammaticale et orthographique.

Je tiens également à remercier Joëlle Libois, responsable de filière en travail social et Claudio Bolzmann, coordinateur du centre de recherche à la HETS Genève qui m'ont permis de réaliser cette étude.