

# **LA VALORISATION DES ROLES SOCIAUX EN EMS**

***EMS = LIEU DE VIE ... LIEU D'ENVIES ?***

Réalisé par : GROLIMUND Aline

Promotion : TS ASC 09

Sous la direction de : JURISCH PRAZ Sarah

*Sierre, juin 2013*

## RÉSUMÉ

Historiquement, l'animation socioculturelle puise ses origines dans la promotion citoyenne et le développement de la démocratie. La pratique de cette profession au sein d'institutions pour personnes âgées doit donc ancrer ses fondements dans la reconnaissance des personnes ainsi que la participation réelle aux décisions qui les concernent. Afin de tendre à une telle dynamique, il est indispensable que chaque action professionnelle, pensée en lien avec la mission institutionnelle, soit orientée vers le public et non pas vers l'acte en lui-même. Mais qui est donc ce public présent aujourd'hui dans les EMS ? Quelle place ont les personnes âgées dans notre société ? Et que représentent-elles ?

A partir d'une enquête auprès de professionnels de trois EMS, cette recherche propose de s'intéresser à la participation possible des résidents à la vie institutionnelle et à l'appropriation de leur dernier « chez-soi » dans le but d'en faire des liens avec les fonctions de l'animation socioculturelle. S'attachant, à travers le regard d'infirmiers et d'animateurs travaillant en EMS, à analyser la marge de principe décisionnel laissée aux résidents ainsi que la liberté individuelle au sein d'une vie en collectivité, elle montre qu'il est possible de permettre à chacun de devenir « un citoyen de l'EMS ». La mission commune à chaque domaine du travail social étant la valorisation des personnes et des populations, le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux fortement répandu dans l'éducation sociale sera transposé à l'animation socioculturelle afin d'explorer s'il pourrait être un outil participatif intéressant auprès d'adultes âgés vivant en EMS.

Cette recherche montre que l'animation socioculturelle, en valorisant les rôles sociaux des personnes accueillies en EMS, leur permet de se positionner en tant que personne unique, acteur de sa propre vie et « citoyen de l'EMS ». En outre, elle apporte des éléments de réponses sur le fait que les gens âgés perdent parfois leur statut d'adulte et que les résidents d'EMS sont souvent considérés comme identiques les uns aux autres.

Allant au-delà de la vie en EMS, cette enquête ouvre une réflexion globale sur les rôles sociaux qu'occupent les personnes âgées au sein de notre société dans laquelle la valorisation de l'être humain passe trop souvent par le productivisme et le jeunisme.

## MOTS-CLÉS

Identité – Personne âgée – Etablissement médico-social – Lieu de vie – Rôle social – Valorisation des Rôles Sociaux – Vie institutionnelle – Travail interdisciplinaire – Animation socioculturelle

## REMERCIEMENTS

Ma profonde gratitude s'adresse aux professionnels des EMS que j'ai rencontrés dans la réalisation de cette recherche qui, en m'accordant un entretien, m'ont partagé leurs convictions et offert des perles réflexives. Quel bonheur pour moi d'avoir rencontré des professionnels passionnés dans le cadre de cette étude et à ce moment précis de ma vie professionnelle. Ils ont su donner de la richesse et de la profondeur à ma recherche ainsi qu'un élan nouveau dans mes convictions professionnelles. Ces personnes, que le souci d'anonymat m'interdit de nommer ici, m'ont beaucoup appris et je leur en suis infiniment reconnaissante.

Ce travail de Bachelor a été réalisé sous la direction de Mme Sarah Jurisch Praz. Je la remercie de m'avoir laissé la liberté nécessaire pour le mener tel que je le souhaitais, tout en ayant su m'amener à de pertinentes réflexions, lorsque c'était nécessaire, par de riches échanges et des conseils bienvenus.

Merci à mes premiers lecteurs pour l'intérêt qu'ils ont démontré envers ma recherche. C'est à travers leurs yeux de professionnels ou de curieux que mon travail a pris tout son sens. Merci en particulier à Anne Louis pour ses précieuses relectures vagabondes ainsi qu'à mon sociologue du dimanche qui s'est avéré être un appui inestimable les lundis, mardis, et les autres jours aussi...

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure. Les termes utilisés dans le présent document pour désigner des personnes s'appliquent indifféremment aux femmes et aux hommes.

Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur-e-s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche.

## TABLE DES MATIÈRES

<b><u>1. INTRODUCTION .....</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b><u>2. CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE.....</u></b>	<b><u>7</u></b>
2.1. MOTIVATIONS PERSONNELLES .....	7
2.2. MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES .....	7
2.3. LIENS AVEC LE TRAVAIL SOCIAL.....	8
2.4. QUESTION DE RECHERCHE .....	8
2.5. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	9
<b><u>3. CONCEPTS THÉORIQUES.....</u></b>	<b><u>10</u></b>
3.1. PERSONNE, INDIVIDU, ÊTRE HUMAIN.....	10
3.2. PERSONNE ÂGÉE .....	14
3.3. ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL.....	16
3.4. ANIMATION SOCIOCULTURELLE .....	20
3.5. ANIMATION SOCIOCULTURELLE EN EMS .....	24
3.6. VALORISATION / DÉVALORISATION.....	30
3.7. RÔLES SOCIAUX .....	32
3.8. VALORISATION DES RÔLES SOCIAUX (VRS).....	34
<b><u>4. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....</u></b>	<b><u>39</u></b>
4.1. QUESTION DE RECHERCHE .....	39
4.2. POSTULATS.....	39
<b><u>5. MÉTHODOLOGIE.....</u></b>	<b><u>40</u></b>
5.1. DÉMARCHÉ.....	40
5.2. OUTILS DE RECHERCHE.....	40
5.3. TERRAIN DE RECHERCHE .....	40
5.4. ÉCHANTILLON DE RECHERCHE .....	41
5.5. ÉTHIQUE ET RISQUES SPÉCIFIQUES À LA RECHERCHE.....	41
<b><u>6. ANALYSE.....</u></b>	<b><u>43</u></b>
6.1. PRÉSENTATION DU SERVICE ANIMATION.....	44
6.2. PERSONNE / RÉSIDENT .....	46
6.3. EMS / INSTITUTION.....	53
6.4. VALORISATION DES RÔLES SOCIAUX.....	59
6.5. ANIMATION SOCIOCULTURELLE .....	63
6.6. VISION DU RÔLE PROFESSIONNEL.....	66
6.7. VÉRIFICATION DES POSTULATS .....	68

<b><u>7.</u></b>	<b><u>RÉSULTATS DE L'ANALYSE .....</u></b>	<b><u>70</u></b>
<b><u>8.</u></b>	<b><u>PISTES D'ACTION .....</u></b>	<b><u>71</u></b>
<b><u>9.</u></b>	<b><u>BILAN DE LA RECHERCHE.....</u></b>	<b><u>73</u></b>
<b><u>10.</u></b>	<b><u>BILAN PERSONNEL ET PROFESSIONNEL.....</u></b>	<b><u>74</u></b>
<b><u>11.</u></b>	<b><u>CONCLUSION .....</u></b>	<b><u>75</u></b>
<b><u>12.</u></b>	<b><u>SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES (SELON CATÉGORIES) .....</u></b>	<b><u>76</u></b>
	LIVRES, MONOGRAPHIES, OUVRAGES.....	76
	DICTIONNAIRES.....	77
	REVUES, ARTICLES.....	77
	AUTRES.....	78
	SITES INTERNET .....	78
<b><u>13.</u></b>	<b><u>SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES (SELON ORDRE ALPHABÉTIQUE) .....</u></b>	<b><u>79</u></b>
	<b><u>ANNEXE A : GRILLE D'ENTRETIENS.....</u></b>	<b><u>82</u></b>

# 1. INTRODUCTION

Une des principales valeurs prônées par notre société est le travail. Lors de contacts humains, la question « que faites-vous dans la vie ? » est incontournable. Ce à quoi il est coutume de répondre par « je suis... ». Les êtres humains n'exercent donc plus une profession mais « sont » donc vivent au travers de cette profession. Une autre valeur inhérente à notre civilisation est la jeunesse, incluant le fait de rester jeune toute sa vie mais aussi le fait que ce qui est vieux est déclassé, voire inutile et donc relégué au rang du recyclage, voire au rebut de la société.

Dès lors, quelle est la place des personnes âgées dans une société où la reconnaissance sociale passe par l'emploi et ce qui a trait à la jeunesse ? Alors qu'elles vivent de plus en plus longtemps, les personnes sont considérées comme âgées dès leur passage à la retraite, terme fortement révélateur en double sens et en symbolique. D'ailleurs, dans la majorité des cas, les personnes retraitées se présentent en expliquant qui elles étaient, donc quelle était la profession autrefois exercée. Mais qui sont-elles alors lorsque le temps et l'intégration sociale liés au monde du travail est révolu ? La place des personnes âgées au sein de notre société est un défi majeur pour les prochaines années. Au regard de la démographie actuelle, l'espérance de vie ne cesse de s'allonger et on est confronté aujourd'hui à l'arrivée massive des baby-boomers à l'âge de la retraite, ce qui explique l'augmentation de cette tranche de population.

De plus en plus de personnes doivent être accueillies au sein de structures telles les établissements médico-sociaux (EMS) pour y vivre les dernières années de leur vie. Or, ces institutions sont amenées à être développées face aux politiques liées à la vieillesse qui sont en phases d'évolutions considérables, notamment en termes de maintien à domicile ou d'offre croissante en foyers de jour. Alors que les institutions spécialisées pour personnes en situation de handicap ont connu de grandes mutations ces dernières années dans leurs missions et leurs objectifs, la prise en charge des personnes âgées reste un défi majeur pour notre société actuelle. La place qui leur est accordée est un sujet d'actualité délicat, tout comme les libertés qui leur sont laissées au sein des EMS qui sont définis comme des lieux de vie. Alors que l'âge d'entrée en EMS intervient de plus en plus tard et que les personnes accueillies présentent des pathologies toujours plus complexes, qu'est-ce qui contribue à donner de la vie à ces structures ?

Ce travail de recherche vise à apporter un élément de réponse à cette question qui est en lien avec le bien-être des résidents en EMS. Animer signifie donner de la vie, insuffler une âme. Certainement que l'animation socioculturelle fait alors partie intégrante de cette réflexion. Mais par quelles actions et pour quels objectifs ? Comment conjuguer cela dans des structures qui accueillent des gens dans leur dernier souffle de vie ? Ce travail stipule que c'est en valorisant et en permettant aux adultes âgés d'exprimer qui ils *sont* et non pas ce qu'ils *font* !

EMS : *lieu de vie* ? Pourrait-on aussi parler de *lieu d'envies* ? C'est ce vers quoi aspirent les animateurs socioculturels en EMS, car derrière ces trois lettres se cachent non seulement la dimension médicale mais surtout l'aspect social.

## **2. CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE**

### **2.1. Motivations personnelles**

Je suis une personne qui accorde une grande importance à la notion de citoyenneté dans ma vie privée. J'estime en effet qu'il est très important pour l'épanouissement d'une personne qu'elle ait un rôle à jouer au sein de la collectivité. Cela se traduit naturellement à différents niveaux et à un degré d'implication variable, mais contribue à mes yeux au bon fonctionnement d'une collectivité donnée.

M'intéressant à la généalogie ainsi qu'aux traditions passées, j'apprécie le fait de côtoyer des personnes âgées et de mêler les souvenirs et les visions des différentes générations. J'ai également besoin de comprendre d'où je viens et de savoir qui sont mes aïeux pour tracer mon propre chemin.

Ces différents aspects de ma personnalité me poussent à interroger la place occupée par les personnes âgées à travers les époques et les différentes cultures.

### **2.2. Motivations professionnelles**

Ayant choisi l'orientation animation socioculturelle dans le but d'exercer ma profession avec les personnes âgées, j'ai choisi de traiter, dans le cadre de mon travail de Bachelor, un thème sur le rôle de l'animateur socioculturel auprès de cette population. En effet, ayant effectué trois stages en EMS, j'ai constaté que la place des animateurs socioculturels au sein de telles structures restait encore à définir. De plus, j'ai été frappée par la « passivité » des résidents face à la vie institutionnelle. Le 22 octobre 2010, date qui coïncidait pour moi avec une période de formation pratique dans un home pour personnes âgées, j'ai eu connaissance d'une unité d'un home valaisan précurseur au niveau de l'accompagnement de ses résidents au travers d'un article de journal. En 2003, un home pour personnes âgées à Viège (VS) a ouvert une nouvelle structure dans son unité spécialisée dans les démences. Cette initiative est soutenue comme projet-pilote par l'Etat du Valais. Ce concept, initié par l'infirmier-chef de cette structure, s'adresse aux résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer. L'idée est de créer un environnement inspiré des années 1940 favorisant ainsi un lieu de vie et non, comme le font penser certains établissements pour personnes âgées, un lieu d'attente. Tout est mis en œuvre pour permettre aux résidents de trouver leurs repères et de contribuer à certaines activités structurant les journées. Un autre aspect du projet consiste à prévoir la vie en communauté entre les résidents et le personnel soignant. Le but est de reproduire au maximum un contexte habituel quotidien qui permet aux résidents de se sentir vivre et de s'impliquer dans la vie en collectivité.

De ce fait, je me suis interrogée sur les rôles de l'animateur socioculturel dans ces nouveaux modèles de structures. La notion de lieu de vie ainsi que la valorisation des rôles sociaux m'ont beaucoup questionnée durant ma formation pratique. Même si la nouvelle unité présentée ci-dessus a suscité de nombreux questionnements éthiques chez moi, comme par exemple le fait de replonger les résidents dans les années 1940, la participation possible des résidents dans l'organisation de la vie communautaire qu'on retrouve dans ce projet me passionne en tant qu'animatrice socioculturelle. J'ai alors souhaité approfondir le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux (VRS) pour ainsi identifier la pertinence d'utiliser un tel outil en EMS. Rencontrer des professionnels en gérontologie

afin de les confronter à un tel modèle me permet de développer et d'affirmer ma propre posture professionnelle.

### **2.3. Liens avec le travail social**

Les établissements qui accueillent les personnes âgées ont subi de nombreuses transformations ces dernières années. Leurs missions ne sont plus les mêmes qu'autrefois car elles se sont développées avec les évolutions sociales qui accordent une place primordiale à l'épanouissement et à l'autonomie des personnes. L'augmentation de l'espérance de vie ainsi que la place des personnes âgées dans notre société nous pousse à penser que leur admission en EMS sera croissante. A cela s'ajoute les maladies nouvelles, telle la maladie d'Alzheimer, qui remettent également en question l'accompagnement des résidents accueillis dans de tels établissements. Dans les EMS, les résidents ne sont plus vus seulement comme objets de soins mais sont pris en compte dans leur particularité. L'animation socioculturelle s'est alors peu à peu développée dans de tels milieux. Elle tend à se professionnaliser et ses bénéfices sont de plus en plus reconnus.

Je travaillerai sur ce que peut apporter l'animation socioculturelle, en m'inspirant du concept de la Valorisation des Rôles Sociaux (VRS), dans l'accompagnement des résidents vivants en EMS. En effet, en tant qu'animatrice socioculturelle, je postule qu'un EMS est un lieu de vie incluant l'investissement des résidents dans leur prise en charge, et plus globalement dans la vie institutionnelle. Mais cela ne reflète à mon sens pas la réalité présente dans les EMS dans lesquels les résidents sont destitués de toutes responsabilités qui constituent pour moi l'essence même de l'existence humaine. Je pense ici à la liberté de penser, au fait d'être acteur de sa propre existence, de se prendre en charge et mener sa vie en harmonie avec ses convictions personnelles. Tendre à cela s'avère être un grand défi qui peut intéresser le domaine du travail social, sa mission première étant de replacer l'être humain au cœur de sa pratique.

### **2.4. Question de recherche**

La question de recherche sur laquelle je vais appuyer mon travail est la suivante : « Dans quelle mesure le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux encourage la participation des personnes âgées vivant en EMS, du point de vue des professionnels ? ».

Tout en mettant en premier lieu la personne âgée au cœur de la pratique professionnelle, répondre à cette question permet d'élargir la réflexion à un niveau institutionnel ; l'animateur socioculturel doit penser ses interventions et ses actions en tenant compte de l'ensemble des déterminants liés à la structure dans laquelle il travaille. Cette question peut également amener d'autres pistes intéressantes au domaine du travail social telles que l'implication des familles dans la vie institutionnelle ou l'ouverture de la structure sur l'extérieur.

Cette question me servira de fil rouge tout au long de mon travail et me permettra d'atteindre les objectifs que je me suis fixés.



## **2.5. Objectifs de la recherche**

Par ce travail, je souhaite définir au mieux le rôle d'un animateur socioculturel au sein d'EMS, sa fonction y étant souvent floue et peu reconnue. Ainsi, mes objectifs de recherche consistent à :

- Identifier les fonctions et les objectifs de l'animation socioculturelle au sein d'EMS.
- Vérifier la possible application du concept de la Valorisation des Rôles Sociaux dans les EMS.
- Définir la Valorisation des Rôles Sociaux en lien avec la participation active en animation socioculturelle.
- Repérer les limites du travail interdisciplinaire dans la mise en place de projets d'animation socioculturelle au sein de structures dans lesquelles la priorité est mise sur les soins infirmiers.

### 3. CONCEPTS THÉORIQUES

Pour débiter cette recherche, il s'avère nécessaire de définir quelques concepts théoriques sur lesquels se base l'ensemble de ce travail. Les notions ainsi développées sont toutes étroitement liées avec la thématique traitée et sont abordées de manière globale, ce qui permettra de tisser des liens spécifiques entre chacune d'elles dans la seconde partie de ce travail, l'analyse. Voici l'ordre dans lequel elles sont présentées :

I.	<b>Personne, individu, être humain</b>
II.	<b>Personne âgée</b>
III.	<b>Etablissement médico-social</b>
IV.	<b>Animation socioculturelle</b>
V.	<b>Animation socioculturelle en EMS</b>
VI.	<b>Valorisation / Dévalorisation</b>
VII.	<b>Rôles sociaux</b>
VIII.	<b>Valorisation des Rôles Sociaux (VRS)</b>

#### 3.1. Personne, individu, être humain

Il est complexe de donner une définition précise de la personne puisque chaque individu est unique, différent de tous les autres par son patrimoine génétique. Ce qui est commun à chaque être humain, c'est bien le fait qu'il ait des besoins, des rôles associés, des capacités et des ressources qui lui sont propres. Nous allons ici développer la notion de besoin qui est « *un état d'insatisfaction dû à un sentiment de manque. Le besoin fondamental est essentiel à l'être humain pour se maintenir en vie et assurer son bien-être* » (ALLEGRE, GASSIER, 2011, p. 16). L'être humain, au cours de sa vie, est confronté à différents besoins qui évoluent et varient selon l'âge et les circonstances de vie de l'individu. Il peut s'agir de besoins physiologiques, psychologiques, culturels, sociaux, émotionnels.

##### 3.1.1. Les quatorze besoins fondamentaux selon Henderson

Virginia Henderson (infirmière américaine, 1897-1996) est à l'origine du modèle des quatorze besoins fondamentaux qu'elle publia en 1960. Même si cette théorie relative aux besoins des individus est liée aux soins infirmiers, elle a l'avantage d'être multidisciplinaire là où l'être humain est au centre des pratiques. Les quatorze besoins présentés ci-dessous ne sont pas hiérarchiques et sont interactifs entre eux :

- Respirer
- Boire et manger
- Eliminer
- Dormir et se reposer
- Maintenir la température du corps dans les limites de la normale
- Se vêtir et se dévêtir
- Être propre et soigné, protéger ses téguments
- Se mouvoir et maintenir une bonne posture
- Eviter les dangers
- Communiquer avec ses semblables
- Agir selon ses croyances et valeurs

- S'occuper en vue de se réaliser
- Apprendre
- Se recréer, se divertir

Selon cette théorie, un individu est considéré en bonne santé que s'il arrive à satisfaire seul à ces différents besoins. Lorsqu'il requiert l'aide d'une tierce personne pour combler ses besoins, il ne sera plus considéré comme indépendant ou autonome sur les plans physiques, psychologiques et sociaux. Cette partie de la théorie de Virginia Henderson va à l'encontre des mouvements actuels dans l'accompagnement des personnes qui avancent que l'autonomie ne se définit non par l'accomplissement de tous les actes liés à l'existence mais par leur prise de décisions possible par le sujet.

### **3.1.2. La théorie des besoins selon Maslow**

La théorie des besoins selon Maslow (psychologue américain, 1908-1970) a l'avantage de montrer qu'il existe divers types de besoins (fondamentaux, sociaux et personnels) chez l'être humain et que ces derniers s'articulent entre eux. La notion de hiérarchisation de ces besoins qu'il a démontrée sous la forme d'une pyramide est toutefois contestée de nos jours. Selon lui, les besoins sont classés sur différents étages et un besoin ne peut être comblé que si celui se situant à l'étage précédent est parfaitement satisfait. Ainsi, l'estime de soi, la vie sociale ou l'accomplissement de soi qui se trouvent dans les étages au sommet de la pyramide ne sont travaillés que quand les besoins primaires sont parfaitement construits.

La réalité montre qu'un raisonnement pareil est un peu obsolète, en particulier avec les personnes âgées qui, par exemple, n'attendent plus de pouvoir marcher (besoin physiologique) pour ressentir le besoin de voir leur famille (besoin d'appartenance). L'apport indiscutable de la théorie de Maslow est donc le fait qu'il existe des besoins de natures différentes s'articulant entre eux, mais pas selon une logique hiérarchique. Voici la classification des besoins que Maslow a représentée sous forme de pyramide :

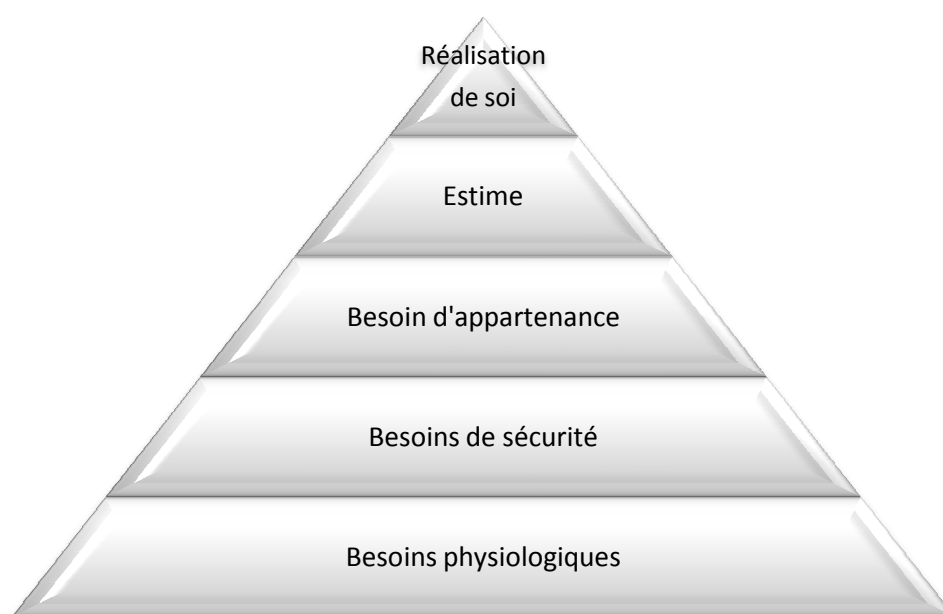


Tableau 1: Pyramide de Maslow. (ALLEGRE, 2011, p.18)

### 3.1.3. *La positivité du développement humain selon Rogers*

Selon Carl Rogers, psychologue humaniste américain (1902-1987), « *le noyau de la personnalité de l'homme est l'organisme lui-même, dont l'essence est de se conserver et d'avoir une vie sociale* » (ROGERS, 1996, p. 75). Selon lui, le centre et les fondements les plus profonds de la nature humaine sont « *naturellement positifs, fondamentalement socialisés, dirigés vers l'avant, rationnels et réalistes* » (ROGERS, 1996, p. 74). Cette pensée va à contre-courant des nombreux mouvements, tels la psychanalyse ou l'approche comportementale, qui stipulent que l'être humain possède en lui des pulsions destructrices envers lui et les autres qu'il faut mettre sous contrôle. Au contraire, Rogers estime que chaque individu est fondamentalement « *bon* » et « *social* ».

### 3.1.4. *Identité*

L'identité personnelle se développe et trouve ses origines dans les toutes premières années de l'existence. « *Elle renvoie au sentiment de son individualité ("Je suis moi"), de sa singularité ("Je suis différent des autres et j'ai telles ou telles caractéristiques"), et d'une continuité dans l'espace et le temps ("Je suis toujours la même personne")* » (EDMOND, 1997, p.7). L'identité, qui est remise en question de manière permanente, est propre à chaque individu et se superpose à ce que l'on appelle une personnalité. Elle fait appel à la liberté individuelle, espace de liberté dans lequel chacun pourra construire et exprimer sa propre individualité. « *L'identité est une notion qui repose sur la construction d'une "image de soi" à partir d'une intériorisation d'objets extérieurs, c'est-à-dire de "modèles" dans notre environnement* » (VERCAUTEREN, 2001, p. 118). Elle évolue et se modifie tout au long de l'existence et les processus de transformations peuvent parfois être douloureux pour l'individu. Même si « *on pourrait avoir l'impression qu'avec l'accession au statut d'adulte l'identité entre dans une phase étale où elle a trouvé enfin sa singularité, son unité et sa performance* » (EDMOND, 1997, p.9), l'être humain peut se retrouver face à des crises qui bouleversent son identité. Le passage à la retraite, la transformation de l'apparence physique ou encore du statut social auxquels sont confrontées les personnes du troisième âge en sont des exemples illustratifs. L'identité d'une personne, en tant que phénomène dynamique, n'est donc jamais achevée.

Le fait d'avoir une identité personnelle inclue le fait de se différencier des autres, même si chaque individu appartient à des catégories sociales différentes, car ce sont les additions de ces différentes affiliations qui créent un être unique. « *Je peux répondre à la question "Qui suis-je ?" par toute une série de définitions liées à mes rôles sociaux, à mes fonctions et à mes activités, à mes origines ou à "mes exploits passés", tout cela s'inscrit dans mon itinéraire de vie, dans mes caractéristiques biographiques* » (EDMOND, 1997, p. 10).

Selon Axel Honneth, philosophe et sociologue allemand, l'identité de chaque individu repose sur trois sphères de reconnaissance auxquelles correspondent trois types de relation à soi (HONNETH, 2000) :

1. **La sphère de l'amour** (liens affectifs réciproques unissant une personne à un groupe plus ou moins restreint)
2. **La sphère juridico-politique** (l'individu est reconnu comme ayant des droits et des devoirs)
3. **La sphère culturelle** (considération sociale positive par rapport aux valeurs de l'identité culturelle)

Ces trois sphères de la reconnaissance permettent aux individus de construire un rapport à soi positif ainsi que leur participation à la vie publique. Selon Honneth, la reconnaissance serait donc une condition inhérente à l'exercice de la citoyenneté car sans reconnaissance, « *l'individu ne peut se penser en sujet de sa propre vie* » (HONNETH, 2000, p. 122).

### 3.2. Personne âgée

Ce chapitre sur la personne âgée ne pourrait être amorcé sans que la question du vieillissement démographique ne soit abordée car dans notre société actuelle, le taux de natalité est au plus bas alors que l'espérance de vie s'accroît de manière considérable. Cela amène à une profonde mutation sociétale entraînant des conséquences sociales, économiques ou encore sanitaires. Alors qu'on parlait encore il y a peu de personnes du troisième âge pour désigner la population âgée de notre société, une catégorie dite de quatrième âge a aujourd'hui fait son apparition.

Le vieillissement est un processus qui se déroule de la naissance à la mort et qui comporte les modifications physiques et psychiques que vit un sujet au cours de son existence. La vieillesse n'est pas une maladie mais constitue le résultat de ce processus, une étape qui ne se définit ni à une période précise ni aux dernières années d'existence.

*« Le vieillissement normal est une altération progressive, plus ou moins rapide selon les personnes, d'un certain nombre de fonctions qui perdent leur efficacité avec l'âge. Il provoque une diminution des performances des organes mais les fonctions vitales sont toujours assurées. Il est parfois accéléré par la survenue de maladies brutales qui peuvent devenir chroniques et invalidantes » (HARTWEG, ZEHNDER, 2003, p.32).*

Même si la vieillesse est individuelle et perçue de manière très différente d'un individu à un autre, les premiers signes en sont souvent le vieillissement des organes ainsi qu'une transformation de l'apparence physique. *« Les transformations corporelles sont sans aucun doute celles qui donneront la meilleure lisibilité du passage du temps et de l'avancée en âge. Immanquablement, le corps subit leur insolence : il se transforme, devient moins séduisant, moins souple, plus douloureux, plus défaillant, plus fragile aux agressions » (CARRON, 2000, p.43).* Le fonctionnement psychique d'une personne âgée ne diffère pas d'un sujet plus jeune. Toutefois, les capacités mnésiques et sensorielles peuvent subir un affaiblissement plus ou moins important. Les circuits sensoriels participent aux stimulations internes ou externes et permettent d'être dans une dynamique d'échanges avec le milieu environnant.

Alors que chaque personne vit un vieillissement biologique décrit ci-dessus, elle subit également un vieillissement social découlant d'une succession de pertes. Lorsque le sujet devient âgé, elles deviennent plus nombreuses : perte du conjoint, perte des pairs, perte d'autonomie, perte de rôles familiaux etc. Ces ruptures étant liées étroitement à l'identité de la personne, elles peuvent entraîner de profonds bouleversements chez le sujet.

Dans notre société, l'espérance de vie s'accroît et on vieillit plus longtemps en meilleure santé aujourd'hui qu'autrefois durant la période dite du troisième âge. En revanche, le quatrième âge se caractérise par un état de fragilité et de vulnérabilité. La santé de ces personnes peut alors devenir très rapidement dégradée avec l'apparition de maladies psychiques notamment. Le vieillissement est inégalitaire chez les êtres humains. Certaines personnes vieillissent en étant atteintes de maladies très diverses. Généralement, ce sont ces personnes qui sont accueillies en institution puisque leurs pathologies entraînent une perte de leur autonomie.

De nombreuses idées reçues circulent autour de la population âgée, comme celle qui les considère faisant partie d'un groupe homogène avec les mêmes besoins et les mêmes désirs. D'autres images

véhiculées également dans notre société sont une diminution fatale des capacités intellectuelles des adultes âgés ou l'équation entre vieillesse et maladie alors qu'un individu peut vieillir sans développer de pathologies significatives. Un stéréotype fortement ancré consistant à croire que la personne âgée n'aurait plus la capacité de prendre des initiatives ni de se positionner face à des décisions, alors que « *le rapport que chacun a avec la prise d'initiative est singulier et ne se modifie pas avec le temps* » (CARRON, 2000, p. 133).

### 3.3. Etablissement médico-social

Un EMS est un lieu de vie qui accueille des personnes âgées, qui ne peuvent plus, du fait de pathologies physiques ou mentales, procéder seules aux actes de la vie quotidienne.

La baisse de la natalité et le recul de la mortalité ont pour conséquence le vieillissement de la population. Cela modifie quelque peu les caractéristiques des personnes accueillies en EMS ces dernières années. En effet, dans notre société, une catégorie dite « quatrième âge » est apparue, c'est la population du grand-âge. Les personnes qui entrent en EMS sont donc de plus en plus âgées et présentent des pathologies liées au grand âge. Leur accompagnement en institution doit donc être revu de même que la cohabitation avec les personnes du troisième âge.

Voici les critères des personnes susceptibles d'être placées dans un établissement spécialisé (VEZINA, CAPPELIEZ, LANDREVILLE, 1994, p. 256) :

- être âgé de 85 ans et plus ;
- être une femme <sup>1</sup> ;
- ne pas avoir de réseau de soutien (conjoint, parent, enfant, etc.) ;
- vivre seul ;
- être incapable de réaliser certaines activités de la vie quotidienne telles que se vêtir ou préparer les repas ;
- souffrir d'un trouble mental.

Les politiques liées à la vieillesse favorisent depuis de nombreuses années le maintien à domicile, les conséquences qui en découlent sont l'isolement pour certaines personnes, une surcharge pour les familles ainsi qu'une entrée plus tardive en EMS avec des pathologies souvent plus lourdes. Le nombre de personnes âgées en institution sera croissant en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la place que tiennent les personnes âgées dans notre société. Les EMS sont donc appelés à évoluer tant dans le traitement des demandes d'admissions que dans la prise en charge des résidents. Le rôle de ces établissements n'est pas de guérir la personne, car on ne guérit pas du grand âge, mais bien d'accompagner la personne âgée pour lui « *offrir des conditions de vie correspondant à ses besoins, à ses désirs, à ses envies* » (CHAMPVERT, 2001, p. 138). Dès lors, les résidents ne sont pas uniquement considérés comme sujets de soins. Dans l'appellation EMS, on retrouve ainsi naturellement le terme « médico » mais aussi et surtout le terme « social ». D'autres prestations que celles liées aux soins sont donc proposées aux résidents à l'intérieur de l'établissement :

- **Le secteur animation** qui favorise l'intégration et l'autonomie du résident, valorise ses différentes ressources et entretient le lien social.
- **Le secteur cuisine** qui assure une cuisine de qualité adaptée aux résidents.

---

<sup>1</sup> Les femmes sont plus représentées dans les structures pour personnes âgées. Cela s'explique en partie par l'espérance de vie plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Selon l'office fédéral de la statistique, en 2009, l'espérance de vie pour les femmes en Suisse est de 84,4 ans et de 79,8 ans pour les hommes.



- **Le secteur hôtelier** qui s'occupe du nettoyage des chambres et des locaux et de l'entretien du linge.
- **Le secteur technique** qui assure la maintenance ainsi que l'entretien des bâtiments.

C'est la complémentarité entre tous les secteurs d'un EMS qui permettent de le désigner comme lieu de vie.

### **3.3.1. EMS en Suisse**

En Suisse, on dénombre environ 1600 EMS. « *Ils sont répartis en EMS de droit public (32%), de droit privé reconnu d'intérêt public, donc subventionnés (29,5%), et de droit privé sans reconnaissance d'intérêt public (38,5%), qui revêtent un statut exclusivement commercial* » (Wellness & Santé magazine, 2012/2013, p. 14).

En Suisse romande, le mode de fonctionnement des EMS est en grande majorité étatisé alors qu'en Suisse allemande, c'est un système libéral qui prévaut. Cela signifie qu'en Suisse romande, les EMS appartiennent à l'Etat et sont donc de droit public, et ils sont reconnus d'intérêts publics donc obtiennent des subventions. Tout cela explique des modes de fonctionnement particulièrement stricts et une gestion formaliste puisque toute mesure doit être rendue compte à l'Etat.

### **3.3.2. Lieu de vie**

Les EMS en Suisse sont définis comme étant des lieux de vie médicalisés. Habiter dans un lieu de vie implique le fait qu'on puisse y faire ses propres choix et qu'on ait une marge d'autodétermination. Au-delà des règles inhérentes à la vie en collectivité, il doit y être possible de choisir sa manière de mener ses journées, et plus largement son existence. Ce dernier point nuance quelque peu le fait que les EMS d'aujourd'hui sont considérés comme des lieux de vie. En effet, la prise de décisions par les résidents concernant leur prise en charge n'est pas toujours une réalité dans certaines structures dans lesquelles le personnel choisit les vêtements que porteront les adultes âgés, les produits de soin, leur participation ou non à tel événement, etc.

Dans les institutions, les espaces à l'intérieur de l'institution qui correspondent aux lieux de rencontres d'un établissement sont également nommés lieux de vie. Ils sont généralement délimités et reconnaissables, même s'il ne suffit pas seulement de reconnaître ces lieux mais de leur donner un sens, une vie, un contenu. Cela peut se traduire par la décoration, les activités ou encore toutes les choses permettant de « *mobiliser qualitativement l'environnement pour le bien-être de la personne âgée* » (VERCAUTEREN, HERVY, 2002, p.59).

De manière plus globale, et c'est ce qui nous intéresse particulièrement ici, un lieu de vie représente l'ensemble de la structure, la dynamique dans laquelle elle évolue. Cela inclut le fait que chacun a la possibilité d'accomplir les gestes qui lui sont encore possibles ; chacun contribue à sa manière à faire « vivre le lieu ». La personne doit pouvoir s'accommoder à son nouvel environnement afin qu'elle éprouve du plaisir à effectuer elle-même certaines tâches, et non dans le but d'atteindre une performance. Pour cela, l'aménagement des locaux doit créer des espaces différenciés (intimes /

collectifs) et faciles d'accès. Chacun doit pouvoir s'y déplacer librement. Son aménagement est réfléchi pour faciliter la communication dans le but de créer des lieux de vie et non des lieux d'attente.

Un lieu de vie doit également être ouvert vers l'extérieur, donc être un lieu ouvert à la vie. Au niveau du mobilier, tout est mis en œuvre pour offrir une place aux visiteurs, familles, bénévoles, soignants, stagiaires. Chacun a alors la possibilité de participer à la dynamique institutionnelle.

Ce sont ces différents aspects qui contribuent à ce que le lieu devienne « *un endroit de relation et de solidarité, de respect et de plaisir partagé, d'intimité et d'autonomie* » (VERCAUTEREN, LORIAUX, 2000, p.185). Un lieu de vie prend sens si les usagers peuvent se l'approprier. Cela suppose de considérer l'institution comme un « chez-soi » même s'il est collectivisé.

### **3.3.3. Institution totale ou totalitaire**

Le sociologue Erving Goffman a mené des études sur les conditions de vie de personnes dans des institutions recluses. Dans son ouvrage *Asiles*, il développe et définit ce qu'il nomme institution totalitaire comme étant « *un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* » (GOFFMAN, 1968, p. 41). Ce dernier classe les institutions totalitaires en cinq types (GOFFMAN, 1968, p. 46) :

- Les organismes qui se proposent de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de subvenir à leurs besoins et inoffensives.
- Les établissements dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire.
- Les institutions totalitaires destinées à protéger la communauté contre des menaces qualifiées d'intentionnelles, sans que l'intérêt des personnes séquestrées soit le premier but visé.
- Les institutions qui répondent au dessein de créer les meilleures conditions pour la réalisation d'une tâche donnée et qui justifient leur existence par ces seules considérations utilitaires.
- Les établissements qui ont pour but d'assurer une retraite hors du monde même si, en fait, on les utilise fréquemment pour former des religieux.

Une des différences principales entre la « *vie normale* » et la « *vie recluse* » réside dans les endroits dans lesquels les individus travaillent, se distraient et dorment. Alors que dans la « *vie normale* », ces endroits sont distincts, se trouvent dans des organisations gérées indépendamment et avec des cercles de personnes différentes, les « *personnes recluses* » accomplissent ces trois actions dans le même lieu et sont entourées des mêmes individus. Comme l'explique Goffman, « *tous les aspects de l'existence s'inscrivent dans le même cadre ; ensuite, chaque phase de l'activité quotidienne se déroule, pour chaque participant, en relation de promiscuité totale avec un grand nombre d'autres personnes, soumises aux mêmes traitements et aux mêmes obligations* » (GOFFMAN, 1968, p.48). Un

autre aspect développé par le sociologue consiste au fossé entre le personnel d'encadrement et les reclus dont les échanges possibles sont restreints et la distance qui les sépare découle souvent de règles imposées par l'institution. Vivre dans une institution totalitaire implique également avoir un rapport particulier avec sa vie de famille qui selon Goffman « *s'oppose à la vie communautaire* ».

Un des premiers changements qui intervient dans l'univers du reclus est une adaptation de son bagage culturel jusqu'alors accumulé, Goffman parle de « *culture importée* ». Cette dernière serait alors inévitablement peu à peu effacée par des processus de « *désadaptation* » ou de « *déculturation* » qui viseraient à créer une nouvelle culture commune, cela entraînant une perte de la personnalité.

La théorie de Goffman est intéressante dans le sens où elle met en lumière des tendances qui peuvent découler de la vie institutionnelle en permettant d'identifier si une institution est plus ou moins totale, donc si elle est plus ou moins démocratique. Datant de 1968, certains sujets qu'elle avance sont toujours transposables à la réalité institutionnelle actuelle. Les EMS pourraient être inscrits dans la première catégorie totale développée ci-dessus, à savoir *les organismes qui se proposent de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de subvenir à leurs besoins et inoffensives*.

### 3.4. Animation socioculturelle

L'animation socioculturelle en Suisse s'est affirmée en tant que profession dès les années 1950. Dès lors, elle n'a cessé d'évoluer et de se remettre en questions. Les champs d'interventions qu'elle a investis se sont fortement développés ces dernières années. Alors qu'en premier lieu, les animateurs socioculturels travaillaient majoritairement avec les enfants et les jeunes dans des centres de loisirs, elle est désormais présente dans de multiples domaines en se mettant au service de collectivités diverses. Nous pouvons citer le domaine culturel, le domaine associatif, le domaine du développement local ou communautaire, domaine de la santé communautaire ou encore le domaine du développement durable. Les animateurs socioculturels peuvent être amenés à travailler dans des structures tant privées que publiques.

Les pratiques de l'animation socioculturelle sont multiples et *« c'est sans doute un des éléments qui fait la richesse de ce métier »* (DELLA CROCE, 2009, p. 19). Mais c'est également la raison pour laquelle il n'existe pas de définition reconnue et validée par tous. La proposition ci-dessous est celle figurant dans le plan d'études cadre des filières de formation HES en travail social :

*« Pour le Conseil de l'Europe, l'animation socioculturelle est une action sociale qui s'exerce au travers d'activités diverses au quotidien, en tenant compte des conditions sociales, culturelles, économiques et politiques des populations concernées. Son action vise à organiser et à mobiliser des groupes et des collectivités en vue d'un changement social.*

*Elle s'exerce sur la base d'une participation volontaire et démocratique faisant appel à la notion de citoyenneté. L'animateur-trice socioculturel-le est en effet un-e facilitateur-trice de l'action démocratique : il ou elle favorise les prises de conscience d'identités collectives, il ou elle permet aux communautés d'intérêt de mieux jouer leur rôle et de bâtir des projets pour agir. Il ou elle s'efforce en particulier de faciliter l'accès à l'expression et à l'action des groupes minorisés ».*

La particularité du métier d'animateur est d'offrir à des personnes ou des groupes les moyens pour qu'ils puissent concrétiser leurs attentes ou dans le but d'améliorer leur qualité de vie sociale, personnelle et culturelle. *« Ce n'est pas seulement le type d'activité mené ou l'événement organisé qui caractérise la profession, mais les effets obtenus au travers de ces derniers sur la qualité de la vie sociale »* (RODUIT, 2012, p. 6). L'intervention vise l'autodétermination des personnes et des populations. Les objectifs de l'animation socioculturelle tels que définis dans la *Charte valaisanne de l'animation socioculturelle* qui a été actualisée en 2012 sont les suivants :

- *« Favoriser l'autonomie, la rencontre et les échanges des personnes, des populations dans la prise en charge de leurs propres besoins*
- *Valoriser les ressources et compétences des personnes et des populations*
- *Promouvoir et défendre la qualité de vie des personnes, des populations, ainsi que des collaborateurs (plaisir, écoute, convivialité, etc.)*

- *Promouvoir la culture et la formation des personnes et des populations au sens large (formation professionnelle, formation continue, formation d'adultes, compétences sociales, etc.)*
- *Valoriser les pratiques artistiques, culturelles et sportives afin de favoriser la participation, la prise de responsabilité et la création*
- *"Recentrer la marge et marginaliser le centre" : créer des liens entre les groupes sociaux, favoriser le vivre ensemble »*

L'animation socioculturelle vise non seulement à restaurer le lien social, mais provoque un changement social, agit sur des prises de conscience de la part de ses protagonistes qui mènent à des mobilisations collectives. L'autonomie, la créativité ou la notion de citoyenneté sont des termes indissociables des valeurs de l'animation socioculturelle.

Une des missions principales du professionnel de l'animation socioculturelle est de soutenir les personnes et les populations dans la création d'une réponse en les rendant acteurs de la démarche. Il doit également se retrouver dans les trois rôles essentiels présentés ci-dessous (MOSER, 2004, p. 24) :

- **« Un concepteur » :**

L'animateur socioculturel procède à une méthodologie de projet précise qui consiste à étudier le milieu dans lequel il va intervenir. Suite à cela, il élabore un projet d'actions, répertorie les moyens techniques, financiers. Au terme de son action, il évalue les répercussions de son action grâce aux objectifs préalablement fixés.

- **« Un médiateur » :**

L'animateur socioculturel favorise la communication et l'information auprès de ses usagers, du réseau etc. Il mène l'action en mobilisant les ressources des usagers et en dynamisant leur participation.

- **« Un organisateur » :**

L'animateur socioculturel doit mener des projets en tenant compte des aspects financiers, administratifs et marketing. De plus, il doit être à même de gérer une équipe. C'est lui le coordinateur de l'ensemble du projet.

Jean-Claude Gillet définit l'animateur socioculturel comme un « *professionnel du lien social* » ou encore comme étant « *un facilitateur de relations capable de comprendre les enjeux sociaux d'une association, d'un quartier, d'une collectivité locale et de faire en sorte que chaque acteur puisse jouer sur la scène sociale, dans des dynamiques repérables, et d'agir sur ces enjeux en fonction de ses intérêts, de ses désirs, et ce dans une perspective de promotion et de développement social* » (GILLET, 1995, p. 168).

### 3.4.1. Fonctions de l'animation socioculturelle

En 2001, un groupe de pilotage de Suisse romande a défini 8 fonctions spécifiques au métier de l'animation socioculturelle. Tirées du *Référentiel de compétences des métiers de l'animation socioculturelle*, elles sont présentées ci-dessous :

**Fonction 1: Analyse et identification de son lieu de travail**

- *Situer son action par rapport aux attentes et caractéristiques de son environnement de travail: problématiser pour définir des axes stratégiques dans son action*

**Fonction 2: Conception, organisation et accompagnement au montage de projets d'animation socioculturelle**

- *Entrer dans une relation d'appui au plan technique et relationnel pour faciliter le développement de projets d'animation portés par les usagers*

**Fonction 3: Médiation et régulation**

- *Faciliter à son niveau la résolution des problèmes rencontrés par les populations fréquentant les lieux d'animation*

**Fonction 4: Gestion et organisation de son cadre de travail**

- *Concevoir, organiser et développer son cadre de fonctionnement*

**Fonction 5: Communication interne**

- *Développer et entretenir la communication, l'échange d'informations au sein de son institution, sa structure, son espace de travail et recueillir les informations utiles pour orienter ses activités*

**Fonction 6: Communication externe**

- *Faire connaître les activités, les missions, les projets de l'institution en direction de l'environnement externe*

**Fonction 7: Management des équipes de travail**

- *Organiser, animer, coordonner et dynamiser son équipe de travail*

**Fonction 8: Evaluation des activités de travail, développement personnel et professionnel**

- *Entrer dans une attitude réflexive par rapport au fonctionnement de sa structure de travail et par rapport à soi-même pour accroître son professionnalisme*

### 3.4.2. *Notion de participation*

Une notion clef de l'animation socioculturelle est la participation, c'est d'ailleurs souvent à travers cet item que se profile l'évaluation des actions mises en place. De nos jours, elle devient de plus en plus en vogue dans divers domaines. La simple évocation de ses synonymes, qui semblent si familiers à notre mode de vie, nous prouve à quel point notre société actuelle valorise la participation : action citoyenne, collaboration, engagement citoyen, coopération, démocratisation.

Le terme de participation peut recouvrir plusieurs aspects. En effet, la visée de l'animation socioculturelle est de « faire avec » les personnes et les populations. Mais il y a plusieurs manières de s'impliquer dans un projet pour le faire vivre. Selon Gillet, la participation est le « *point de passage obligé de l'animation. [...] Elle est le remède à la pathologie sociale de ce temps* » (GILLET, 1995, p. 44). Faire, être présent, écouter, échanger, observer sont toutes des actions qui peuvent être considérées comme de la participation active. C'est la volonté de s'impliquer qui est prise en compte. Mais il est important de préciser que la non-participation est également une forme de participation, si la volonté de ne pas s'impliquer est défendue.

Participer, c'est appartenir. Appartenir à une collectivité, une communauté ou un groupe en y participant, à plus ou moins grande mesure. « *Les individus ne peuvent tout simplement pas survivre sans établir, à des degrés divers, des liens avec le monde qui les entoure* » (MOSER et al., 2004, p. 113).

Mais la participation ne s'improvise pas, surtout au sein d'institution plus ou moins totale. La participation peut se développer si un espace reconnu par tous est laissé à chacun. Une vision de mouvement du bas vers le haut (notion de « *bottom up* ») contribue à la possible participation de chaque personne.

En animation socioculturelle, il arrive parfois qu'un projet instauré par un animateur socioculturel vive et soit porté par les personnes qui dans un premier temps en bénéficient. Il revient alors à l'animateur socioculturel de s'en retirer peu à peu, tout en y laissant un regard bienveillant. De tels cas reflètent le summum de la participation active. Il serait utopique pour un animateur socioculturel de viser cela à travers chacune des actions qu'il met en place, mais c'est le chemin parcouru dans l'appropriation du projet par ses bénéficiaires qu'il faut savoir mettre en évidence.

### 3.5. Animation socioculturelle en EMS

#### 3.5.1. Santé communautaire

L'animation socioculturelle en EMS entre dans le domaine de la santé communautaire. C'est à partir dès années 1970 que l'expression « santé communautaire » a fait émergence dans le domaine de la santé publique et du socio-sanitaire. « *La santé communautaire était alors centrée sur une approche multidisciplinaire et participative de la dispensation des services fondée sur une vision englobant le sanitaire et le social* » (JOURDAN, 2012, p. 166). L'espace occupé par le secteur de la santé ou le secteur social est variable en fonction de l'évolution des sociétés et au cours des époques. La santé communautaire est donc à un carrefour entre la santé publique et l'action sociale, ce qui ne sous-entend pas le fait que la santé publique travaille sans une dimension sociale. Voici un graphique illustrant ces nuances :

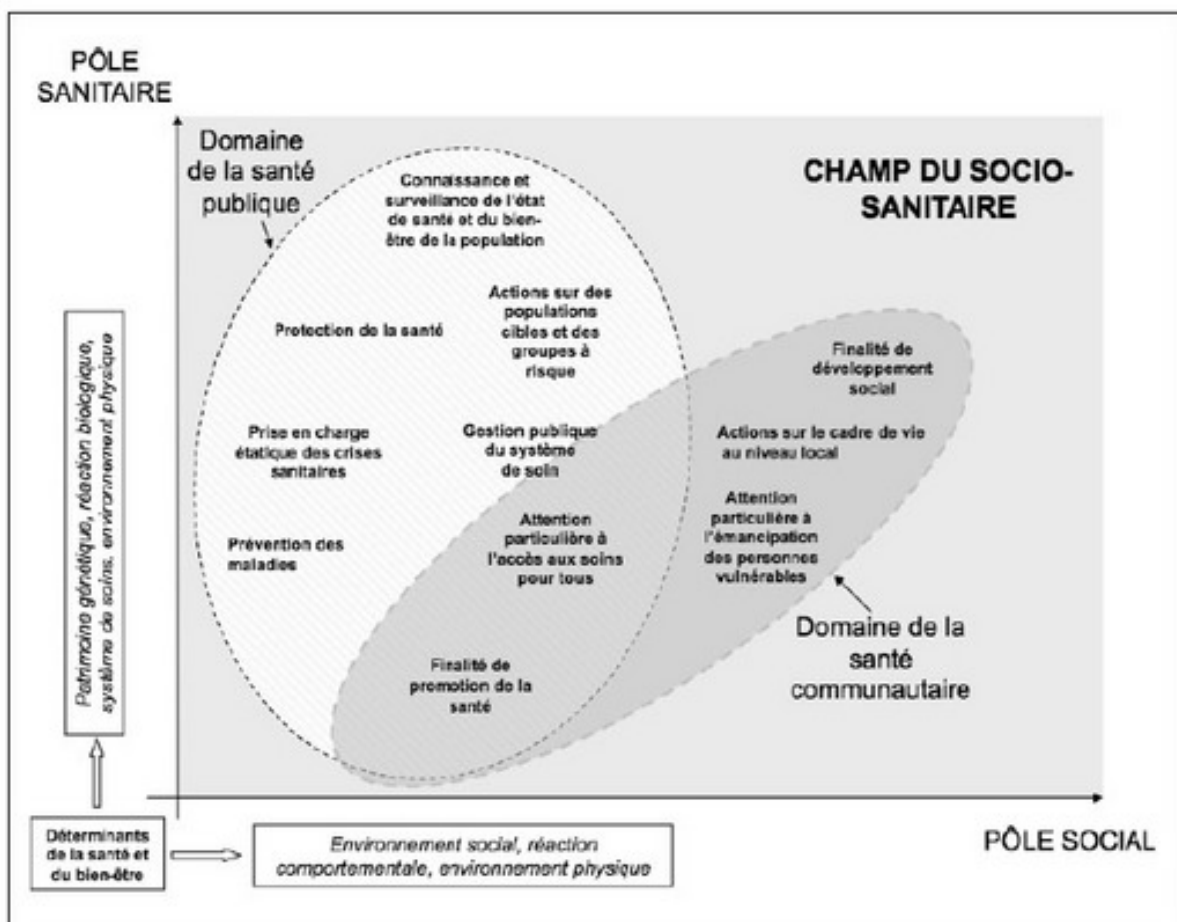


Tableau 1: Les domaines de la santé communautaire et de la santé publique au sein du champ socio-sanitaire au début du XXI<sup>e</sup> siècle. (JOURDAN, 2012, p.171)



De nos jours, le terme « approche communautaire » remplace peu à peu celui de « santé communautaire ». La notion du « faire » est très présente dans cette pratique « *multidisciplinaire et multisectorielle d'intervention et de recherche [...] imprégnée de valeurs phares précises portées par des acteurs provenant de divers milieux qui mettent l'accent sur des théories, approches et méthodes particulières appliquées à certains espaces privilégiés pour l'action* » (JOURDAN, 2012, 172). Elle vise la participation et l'insertion des personnes dans une dynamique de développement de la santé et du bien-être collectif.

*« L'intervenant en santé communautaire serait donc "celui ou celle" qui se donne pour fin l'émancipation des personnes auprès desquelles il intervient, la formation progressive de leur capacité à prendre en charge leur propre santé individuellement comme collectivement, et qui prétend y parvenir via la médiation d'activités structurées, intégrées à un projet de développement social, et fondées sur leur participation pleine et entière »* (JOURDAN, 2012, 177).

Il se dégage de cette citation des éléments étroitement liés à l'animation socioculturelle qu'il convient de souligner. Le processus permettant à chacun de prendre en charge sa vie de manière individuelle ou collective est également un principe de l'animation socioculturelle qui permet à la personne de développer son identité individuelle et au sein d'un groupe. De même, l'animateur pourrait être défini comme un médiateur « *d'activités structurées, intégrées à un projet de développement social, et fondées sur leur participation pleine et entière* ».

### **3.5.2. Historique et évolution de l'animation en EMS**

Les pratiques d'animation se sont installées il y a environ une trentaine d'années au sein de structures d'accueil pour personnes âgées. Les premiers élans se sont faits de manière spontanée sur l'initiative individuelle de membres du personnel soignant, dans la grande majorité des cas. Les premières animations étaient étroitement liées aux temps forts marquants le calendrier annuel. Par la suite, elles étaient déclinées sous forme d'activités dites occupationnelles. Peu à peu, les personnes travaillant à l'animation se sont formées au métier d'animateur. L'animation s'est peu à peu affirmée dans le champ gériatrique, l'offre s'est enrichie et ses bénéfices ont été reconnus. De nos jours, même si le secteur animation reste le plus petit au regard des autres services dans les EMS, une évolution importante a eu lieu ces dernières années concernant sa crédibilité aux yeux des autres professionnels en gériatrie. Une confusion néanmoins persiste encore à l'intérieur et à l'extérieur des structures entre « *l'animation institutionnelle* » et « *l'animation des personnes* » (HUOT, 2001, p. 96).

Comme le souligne Richard Vercauteren dans un de ses nombreux ouvrages traitant de l'animation auprès des personnes âgées, « *nous situons l'animation moins comme une réponse à un besoin mais plus comme l'outil qui permettra à l'individu considéré comme âgé de vivre une existence citoyenne, soit en préservant son activité antérieure à sa venue en établissement, soit en stimulant ses possibilités d'agir, soit encore en agissant sur la notion de plaisir, ce plaisir qui lui est propre et ne saurait être celui de ceux qui pratiquent l'animation* » (VERCAUTEREN, 2001, p. 113). L'animation a donc pour objectif de proposer des solutions quant au maintien de la vie citoyenne des adultes âgés accueillis en établissement, mais de manière plus globale, elle a pour mission de lui faire accepter

leur réalité quotidienne en leur offrant des outils afin qu'ils puissent nourrir une image positive d'eux-mêmes. Elle travaille sur le développement personnel des résidents, sur le développement des liens sociaux, ainsi que sur l'ancrage de l'institution dans son milieu environnemental et sociétal.

L'animation professionnelle est récente dans le milieu gérontologique. Le travail auprès des personnes âgées n'est pas le même qu'auprès d'enfants ou adolescents, populations pour lesquelles les animateurs socioculturels sont le plus souvent formés. Leurs rôles et fonctions dans le domaine gérontologique ne sont donc pas tout à fait les mêmes, bien que la mission première des professionnels de l'animation soit de provoquer un changement de société ayant pour but d'améliorer la vie d'une catégorie de personnes.

En tant qu'animateur socioculturel, il est nécessaire de connaître le public avec lequel on travaille. Connaître la personne âgée signifie tenir compte, dans son travail au quotidien, des difficultés physiques, psychologiques et sociales qui peuvent être liées à la vieillesse tout en étant conscient des ressources, potentialités et compétences qui peuvent être mobilisées et sur lesquelles se baseront toutes interventions.

L'animation socioculturelle auprès des personnes âgées est synonyme d'accompagnement et de prévention en luttant contre l'isolement, la solitude, les pertes de repères et de liens sociaux. Cette population a besoin de continuer à participer à la vie sociale et de se sentir vivre tout en conservant la plus grande autonomie possible. « *L'enjeu de l'animation sociale auprès des personnes âgées est de faciliter l'insertion des anciens dans la société, leur participation à la vie sociale, et surtout de leur permettre d'exercer un rôle, voire d'engager des processus de réactivation de rôles sociaux, seule réponse à une mort sociale qui intervient parfois avant la mort biologique* » (HARTWEG, ZEHNDER, 2003, p. 27). L'animation stimule les échanges sociaux et s'inscrit dans une démarche d'intégration interactive entre un individu et son environnement. Il s'agit donc de s'appuyer sur le groupe pour soutenir un individu, en lui permettant de construire ou de reconstruire des repères et ainsi l'aider à la restauration ou au maintien de son identité.

*« L'animateur, en tant que membre de l'équipe, se trouve au centre d'une relation triangulaire avec les bénévoles et la famille, ce qui lui confère un triple rôle dans la relation qu'il établit entre les acteurs : organiser, coordonner et responsabiliser. Il prévoit et organise les différentes animations après avoir défini les besoins, les attentes, parfois implicites, et les désirs des résidents. Il articule les actions avec les bénévoles, le personnel, ou la famille si elle est impliquée, en concertation avec l'équipe »* (VERCAUTEREN, HERVY, 2002, p. 145).

Travailler au service animation d'un EMS, c'est donc être à un carrefour car c'est être en contact avec les résidents, le personnel des différents services, les bénévoles, les familles de manière quotidienne.

### **3.5.3. Objectifs de l'animation socioculturelle en EMS**

Les principaux buts de l'animation en EMS sont de favoriser l'intégration et l'autonomie du résident, de valoriser ses différentes ressources et d'entretenir le lien social. Les finalités sont de maintenir la personne comme « acteur » de l'EMS à travers des rôles se rapprochant de ceux qu'ils tenaient avant leur arrivée dans la vie institutionnelle. Les animations proposées permettent également aux

résidents de structurer leur journée, leur semaine et les temps forts du calendrier profane ou religieux. L'animation est un moyen de cultiver les valeurs suivantes :

- Favoriser l'intégration du résident au sein de l'établissement
- Créer une dimension culturelle spécifique à la vie de la maison
- Favoriser le lien social entre les différents acteurs de l'établissement
- Entretenir les liens sociaux des résidents
- Inviter les résidents à l'expression et à la créativité, susciter leur intérêt
- Reconnaître, valoriser et cultiver les différentes ressources propres à chaque résident
- Valoriser l'image de soi du résident

Ces objectifs sont mis en œuvre au travers de diverses animations. On peut distinguer l'animation individuelle et collective dans laquelle on retrouve des activités pour lesquelles les participants sont spectateurs, tandis que pour d'autres ils deviennent acteurs. Il est nécessaire d'établir un équilibre entre des différents types d'animations afin que l'offre puisse convenir à chacun. En effet, ces familles d'animations ont des objectifs différents, elles sont donc toutes nécessaires à un concept d'animations complet.

L'ensemble des animations alors proposées aux résidents peut être réparti en quatre groupes généraux : les activités physiques, les activités intellectuelles, les activités sociales et culturelles, les activités d'expression et de créativité. Le tableau ci-dessous présente des exemples d'animations possibles pour chacune de ces catégories, ainsi que les intérêts qui en découlent pour les personnes âgées. Les exemples d'activités ne sont bien évidemment pas exhaustifs, ils exposent un éventail de l'offre classique actuelle des EMS de Suisse romande.

<b>Activités physiques:</b> <i>Gymnastique douce, promenade, thé dansant, massage,...</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en mouvement du corps</li> <li>• Ressenti du moment présent</li> <li>• Maintien de l'autonomie</li> </ul>
<b>Activités intellectuelles:</b> <i>Lecture de journaux / de contes, atelier mémoire, jeux, groupe d'échanges</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raisonner, réfléchir, apprendre, découvrir, mémoriser</li> <li>• Expression et partage des sentiments, émotions, idées</li> <li>• Maintien de la curiosité et de l'ouverture au monde</li> </ul>
<b>Activités sociales et culturelles:</b> <i>Repas, fêtes diverses, expositions, animations musicales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repères temporels et culturels</li> <li>• Facilitation des rencontres et des échanges</li> <li>• Sentiment d'appartenance</li> </ul>
<b>Activités d'expression et de créativité:</b> <i>Atelier créatif, confection de décorations saisonnières, cuisine</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimuler les sens</li> <li>• Satisfaction et expression de ses aspirations</li> <li>• Divertissement, offrir du plaisir à soi et aux autres</li> </ul>

### 3.5.4. Vie citoyenne en EMS

Comme nous l'avons vu précédemment, la citoyenneté est une dimension indissociable de l'animation socioculturelle. Elle se fonde « *sur une égalité, un respect des particularités, et une participation effective aux décisions communes* » (HERVY, 2007, p. 127). La citoyenneté, ce n'est alors ni plus ni moins que l'engagement dans la vie publique, une volonté de s'exprimer. Qu'en est-il alors de la vie citoyenne des adultes âgés vivant en EMS ? Selon Hervy, elle suit les évolutions de la société : « *Des avancées ont été réalisées vers une prise en considération meilleure mais des obstacles à la participation effective demeurent : les personnes âgées peuvent participer aux orientations du pays (en votant) mais pas aux orientations des institutions qui les accueillent et pour lesquelles elles paient* » (HERVY, 2007, p. 127). Et c'est en ce sens qu'on peut comparer les EMS aux institutions totales décrites par Goffmann. Alors que les adultes âgés vivant en EMS connaissent divers types de difficultés (maladie, dépendance physique, perte de repères, perte de confiance en soi, isolement,...), le système institutionnel, tel qu'on le connaît aujourd'hui, les amène à une dépendance sociale, liée au fait que la personne ne peut plus prendre part activement et entièrement aux décisions concernant son propre cadre de vie. La réalité aujourd'hui en EMS montre que la prise en charge du résident est trop souvent gérée par les professionnels pour « leur bien » et surtout sans l'avis du principal intéressé. Cela s'insère dans des logiques de déresponsabilisation et d'assistance, ce qui va à l'encontre des principes de citoyenneté et de participation, et également des valeurs et références prônées par l'animation socioculturelle.

Une autre dérive de la part des professionnels en gérontologie consiste à cette tendance de vouloir « éduquer » les personnes avec lesquelles ils travaillent. Cela relève de « *l'infantilisation et de la tendance lourde à vouloir transformer le citoyen en objet de son action* » (HERVY, 2007, p. 137). La nuance qui existe entre les différents rôles qu'occupent les résidents des EMS amène parfois une confusion dans la place qu'ils occupent au sein de l'institution. En effet, les personnes accueillies en EMS sont-elles des consommateurs, des clients, des malades, des patients, des locataires ? Ces personnes sont avant tout des êtres humains qui doivent être pris dans leur globalité et leur complexité. Cela n'empêche pas le fait que ces personnes soient à un certain moment malades, consommateurs de services, etc.

Du point de vue de l'animation socioculturelle, les résidents devraient être perçus comme les « citoyens de l'EMS ». Ce fonctionnement démocratique ne prône pas les mêmes valeurs que la notion de bienfaisance, qui a marqué autrefois la prise en charge des personnes vivant en institution gérontologique. Pour pouvoir affirmer que les résidents sont les citoyens de l'EMS, il faut tendre à une conception où la personne a la possibilité de participer à la vie de la maison et d'avoir une influence sur ses modalités de fonctionnement. « *Cependant les freins sont nombreux : comme si "citoyen" et "sanitaire" devaient s'opposer, comme si citoyen ne pouvait pas être malade en restant citoyen* » (HERVY, 2007, p. 133). Dans les métiers du travail social, la notion d'aide a désormais évolué en notion d'accompagnement, ces deux termes sont des manières différentes de concevoir la pratique professionnelle, aider faisant référence à un manque à combler tandis qu'accompagner met en avant les ressources de la personne.

*« Là où le travail social voit souvent un usager, un client, un résident, un patient, l'animation socioculturelle nous amène à voir un citoyen, à penser des ressources plutôt qu'à panser des maux. »<sup>2</sup>*

L'expression est le fondement de la participation. Dès lors, un des rôles majeurs de l'animation socioculturelle est de créer des espaces de temps et de lieux qui favorisent la rencontre et l'expression des résidents, les actions qui en découlent trouvant leur origine en fonction des ressources de chacun. Le maître-mot de l'animation socioculturelle en EMS est très certainement le choix : le choix de participer ou non, le choix des projets à mener pour soi ou pour l'institution en général. Cela bouscule certaines habitudes ancrées qui consistent à choisir à la place de la personne, pour des raisons prétendues thérapeutiques, éducatives, morales, etc. Voici les quelques lignes directrices suggérées par Bernard Hervy pour tendre vers une participation citoyenne des personnes âgées aux capacités limitées dans la conduite de leur propre existence : *« une attention à la personne, à ses attentes, une aide à l'expression, la garantie de l'équilibre dans le groupe et l'utilisation de supports adaptés aux capacités. Ce travail d'animation de la vie sociale pose les premières pierres d'une vie de groupe où chacun participe aux choix »* (HERVY, 2007, p. 140). Refuser une proposition, décider de ne pas participer à un événement constituent également un acte citoyen. Ce dernier doit être valorisé tout autant que l'implication aux animations proposées. La personne âgée vivant en institution a le droit de s'ennuyer, de rester seule, de choisir de ne pas s'impliquer à la vie institutionnelle. Ce sont ces éléments-là aussi qui font que la personne se sente exister et être considérée comme une personne à part entière.

---

<sup>2</sup> Citation tirée du flyers de programme des Anim'Actions du 24 au 27 avril 2012 à Sierre: *L'animation socioculturelle participe à la vie locale*, LEVY B. (responsable de filière Travail Social, HES'SO Valais-Wallis)

### 3.6. Valorisation / Dévalorisation

La perception neutre n'existe pas chez l'être humain qui évalue, inconsciemment ou consciemment, tout ce qui l'entoure de manière soit positive soit négative. Ce phénomène est également inhérent à chaque relation humaine. Dès qu'une personne observe une autre ou un groupe d'individus, elle émet des jugements positifs ou négatifs. Valoriser quelqu'un ou quelque chose signifie lui accorder de la valeur. La valorisation est inhérente au travail social, les professionnels identifiant les ressources des personnes et des populations, leur en faisant prendre conscience à travers des actions mises en valeur. La dévalorisation est l'évaluation négative d'une/de personne(s) par un observateur qui lui attribue une valeur inférieure ou négative. Elle est donc uniquement liée au regard et à la perception de l'observateur et n'est pas une cause immanente de cette personne.

*« Un individu perçu par la société comme étant de valeur inférieure est susceptible d'être traité d'une manière qui traduise cette perception »* (WOLFENSBERGER, 1997, p. 15). Une personne dévalorisée sera tenue à l'écart par les autres individus, elle deviendra très souvent exclue et isolée.

Deux types de dévalorisation sont présentes dans notre société : un niveau individuel (une personne est jugé négativement par un individu ou un groupe) et un niveau sociétal (un groupe entier est dévalorisé par une majorité de la collectivité). Cette seconde forme de dévalorisation crée et stigmatise des classes sociales entières qui seront en marge de la société. La dévalorisation d'individus ou de groupes d'individus est présente dans toutes les sociétés, et cela a toujours été ainsi. En revanche, l'identité de celui qui est dévalorisé est différente selon les cultures. La valorisation et la dévalorisation sont donc liées à la notion de norme sociale. *« Il est possible de déterminer quels seront les individus dévalorisés dans une culture spécifique en observant les valeurs que cette dernière considère comme positives »* (WOLFENSBERGER, 1997, p. 19). Prenons pour exemples les causes de la dévalorisation des personnes âgées dans notre société :

- Notre société valorise la santé et la beauté physique. En conséquence, la maladie ou la déficience sont dévalorisées.
- Notre société accorde une grande importance à la jeunesse et la nouveauté, le vieillissement sera source de dévalorisation.
- La croissance et la productivité sont des notions qui prévalent dans notre société, toute personne étant jugée comme improductive au regard des autres sera donc dévalorisée.

Chaque observateur est influencé par ses propres caractéristiques et ses expériences antérieures telles que l'éducation reçue, les influences familiales, les informations liées à la personne observée, ou encore les stéréotypes et les valeurs dominantes de la société. Ces processus ne sont souvent pas explicités ou sont inconscients pour la personne. *« La dévalorisation sociale est un phénomène provoqué par les observateurs dans l'esprit desquels un jugement est porté sur un individu particulier avec lequel ils entrent en relation, et lequel phénomène engendrera des attentes envers cet individu »* (WOLFENSBERGER, 1997, p. 33). Les professionnels du travail social doivent être au fait d'une telle dynamique circulaire afin d'en atténuer les effets négatifs.

La société accorde des rôles qui sont socialement dévalorisés aux personnes qu'elle dévalorise. L'identité d'une personne interagit donc avec les rôles sociaux qui lui sont attribués, c'est cet équilibre qui déterminera si la personne est socialement valorisée ou dévalorisée.

*« Si nous voulons que certaines personnes soient valorisées aux yeux des autres ou le deviennent, nous devons alors entreprendre des actions qui inciteront fortement les autres à les percevoir positivement – ce qui implique en grande partie que ces autres doivent percevoir ces personnes comme occupant des rôles sociaux valorisés »* (WOLFENSBERGER, 1997, p. 37).

### 3.7. Rôles sociaux

Comme nous l'avons vu auparavant, l'être humain se définit par des caractéristiques physiques, psychologiques et sociales. On parle alors d'un être bio-psycho-social. La dimension sociale comporte ce qu'on appelle les rôles sociaux qui peuvent être définis comme « *un ensemble de comportements, de responsabilités, d'attentes et de prérogatives conformes à un modèle social* » (WOLFENSBERGER, 1997, p. 29). Relié à la notion de statut, un rôle social implique des droits et des obligations.

*« Les rôles sociaux sont les rôles que l'on a, que l'on nous donne, ou que l'on prend, auprès des siens et à travers la société. Ces rôles ne sont pas figés, ils évoluent tout au long de la vie, ils se transforment »* (VERCAUTEREN, HERVY, 2002, p.85).

Les personnes occupent différents rôles sociaux simultanément, en voici quelques exemples : citoyen, consommateur, parent, époux, salarié, électeur, patient, frère, voisin, etc. Il y a différentes manières d'adopter un rôle social : soit la personne l'a choisi, soit d'autres personnes l'ont placé dans ce rôle, soit par obligation. Le fait de reconnaître à une personne différents statuts et sa participation au sein d'un groupe ou de sa propre prise en charge signifie également lui reconnaître des droits et des devoirs. Accomplir des rôles sociaux comporte la notion d'échanges car cela équivaut à donner et à recevoir de manière réciproque. Cela implique que si un individu ne peut plus donner, il pense ne plus être en droit de recevoir. Un sentiment d'inutilité peut alors apparaître chez le sujet. « *Les rôles sociaux sont si puissants qu'ils définissent, pour une grande part, qui nous sommes, ce que nous faisons, comment et avec qui nous agissons, l'allure que nous affichons* » (WOLFENSBERGER, 1997, p.39).

Lorsqu'une personne joue des rôles reconnus et valorisés par la société, celle-ci lui rendra une image positive. Cette reconnaissance permet à la personne de devenir acteur d'un groupe en s'attribuant un statut, et ainsi réaliser des rôles sociaux attendus et valorisés par la société. « *Il est nécessaire d'atteindre et de préserver des rôles sociaux valorisés, afin d'être ou de devenir valorisés sur un plan social* » (WOLFENSBERGER, 1997, p.53).

Lorsque les rôles sociaux subissent une transformation définitive, on dit qu'ils vieillissent. Il existe deux types de vieillissement des rôles sociaux : normal et anormal. Le vieillissement des rôles sociaux dit anormal signifie que leurs évolutions sont rendues difficiles par la maladie psychique, les troubles neurologiques ou les divers handicaps qui empêchent alors la personne âgée d'accomplir ses rôles. Les rôles sociaux subissent alors une suppression et non une transformation.

Les rôles sociaux d'un individu âgé sont confrontés à des ruptures et des transformations irrémédiables : perte du rôle d'époux, de consommateur ; passage à un hébergement collectif, etc.

*« La caractéristique de la personne âgée malade et dépendante est de se trouver confrontée à une suppression radicale de ses rôles sociaux. Ses rôles ne se transforment pas au fur et à mesure comme cela se passe dans les situations les plus fréquentes, mais certains rôles vont soudain cesser d'exister à son entrée dans l'institution. [...] Ce sentiment d'inutilité, d'inexistence sociale est très fort chez les patients âgés. Ce sentiment est d'autant plus fort que, pour cette génération, tenir son rôle, sa place est un devoir et non un droit. De plus, cette perte de rôle intervient bien avant la mort physique*



*et cette mort sociale est la première de l'individu, la première grande fracture avec ce qu'il a été et ce qu'il ne sera plus jamais » (HARTWEG, 2003, p. 78).*

Les rôles sociaux liés à la famille sont souvent très importants pour l'ancien qui donne des conseils, transmet des valeurs et entoure par sa gentillesse ses enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants. Certaines personnes âgées parlent de fierté lorsqu'elles évoquent leur descendance.

### 3.8. Valorisation des Rôles Sociaux (VRS)

#### 3.8.1. Historique

Le principe de normalisation a été développé durant la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle dans les pays scandinaves après que les conditions de vie des personnes handicapées aient été dénoncées. En visant à leur offrir des conditions de vie s'apparentant à celle de toute autre personne, ce nouveau principe visait à exclure la mise à l'écart de la communauté ainsi que le non respect des besoins individuels des personnes accueillies au sein d'institution sociale.

Le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux (VRS) a été développé par Wolf Wolfensberger, un auteur nord-américain très influent dans le domaine des services humains, qui s'est également intéressé au champ de l'intégration communautaire. Inspiré du principe de normalisation, cette théorie est également reliée aux recherches effectuées en psychologie sociale. Englobant un ensemble de valeurs humanistes et holistiques, elle a fortement contribué à l'évolution des services humains s'adressant à des structures pour personnes en situation de handicap dans la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle. Elle est une référence incontournable lorsqu'il s'agit de comprendre le chemin parcouru de l'intégration des personnes défavorisées au sein de la collectivité.

#### 3.8.2. Définition

La VRS est un outil dynamique permettant de concevoir l'homme en interaction avec son milieu, où chaque personne se définit en fonction de ses statuts et du regard de l'autre. Voici la formulation de sa définition la plus récente :

*« Le développement, la mise en valeur, le maintien et/ou la défense de rôles sociaux valorisés pour des personnes – et particulièrement pour celles présentant un risque de dévalorisation sociale – en utilisant le plus possible des moyens culturellement valorisés » (WOLFENSBERGER, 1997, p. 53).*

La VRS s'adresse particulièrement à deux groupes de personnes (WOLFENSBERGER, 1997, p. 53-54) :

- *« celles qui sont déjà dévalorisées par la société. Il faut alors rechercher, ou créer pour elles des rôles sociaux valorisés, puis les maintenir.*
- *celles qui ont toujours été valorisées, mais à qui des événements font courir un risque d'être projetées dans une identité socialement dévalorisée. Ses rôles sociaux ont alors besoin d'être "renforcés" et défendus, [...] d'autres peuvent être développés. »*

### 3.8.3. Concepts centraux

Les rôles sociaux peuvent être valorisés par le biais de **deux axes principaux** qui sont en interaction (WOLFENSBERGER, 1997, p.55) :

- a) *« Le développement des compétences, afin de permettre d'être mieux à même de remplir certains rôles valorisés, et afin que des rôles valorisés qui exigent certaines compétences puissent être attribués.*
- b) *L'amélioration de l'image sociale des personnes afin qu'elles soient perçues de façon plus positive, et que l'entourage soit donc enclin à leur offrir des rôles valorisés, de même que des opportunités positives qui pourront, à leur tour, promouvoir leurs compétences et accroître leur qualité de vie. »*

La VRS travaille sur **trois niveaux** s'influençant l'un l'autre :

#### I. La valorisation de la personne :

La personne est considérée comme une personne entière et n'est pas réduite à sa déficience ou ses difficultés. Elle est reconnue comme ayant des capacités à maintenir et à développer. Quels que soient son âge et son état de santé physique ou psychique, elle possède en elle des capacités pour évoluer. Chaque personne doit être capable, avec des adaptations éventuelles, de remplir les tâches de la vie quotidienne et de gagner ainsi en autonomie. De même, chaque personne doit être apte à faire des choix et à exercer sa responsabilité. Tous ces éléments supposent qu'elle soit considérée comme une personne et un citoyen à part entière.

#### II. La valorisation de ses conditions de vie

Plusieurs aspects importants au développement de chaque être humain sont pris en compte dans la valorisation de ses conditions de vie. Toute personne doit pouvoir vivre dans un monde sans ségrégation liée au sexe, à l'âge ou aux origines de naissance. Son intimité et son droit à une vie affective et sexuelle doivent être respectés. Des éléments tels que son environnement, son habitat, son emploi du temps doivent être valorisés.

#### III. La valorisation de son rôle social

Il est important que chaque personne existe au sein d'un groupe social (professionnel, associatif, sportif, culturel, politique, etc.). Il est nécessaire qu'elle y tienne une place physique, sociale et fonctionnelle et que cette dernière soit reconnue par l'ensemble du groupe. La valorisation du rôle social d'une personne implique également qu'elle participe à l'élaboration de son projet individuel et qu'elle puisse donner son avis sur les décisions la concernant. Cela contribue au fait que ce projet devienne son projet personnel de vie, ce qui rejoint parfaitement les objectifs de l'action sociale qui consistent à ce que les personnes participent activement au changement ou à une évolution sociétale les concernant.

### **3.7.4. Sept thèmes centraux**

En identifiant les implications de la VRS mettant en valeur les compétences et l'image, Wolf Wolfensberger a défini sept thèmes centraux (WOLFENSBERGER, 1997, p. 81 et suivantes) :

#### **1) Le rôle du conscient et de l'inconscient :**

Les perceptions que la société se fait d'un individu modifient ses caractéristiques, ses statuts ainsi que ses rôles sociaux. Elles peuvent même influencer ses capacités et les représentations qu'il a de lui-même. Dès lors, il est important de rendre conscients les pensées et jugements négatifs afin de pouvoir les faire évoluer. *« La VRS s'applique à identifier les dynamiques inconscientes (souvent négatives) au sein des services, qui contribuent à la dévalorisation de certains groupes de personnes dans une société, et elle fournit des stratégies conscientes destinées à remédier au statut socialement dévalorisé de ces personnes »* (WOLFENSBERGER, 1997, p. 82).

#### **2) La pertinence des attentes et de la circularité des rôles :**

Ce modèle prolonge le thème du rôle du conscient et de l'inconscient présenté précédemment. Partant de la même idée, il stipule que les conduites de conformité qu'adopte la personne renforcent les préjugés des personnes qui l'entourent. C'est donc un phénomène circulaire se nourrissant. Il s'agit alors pour les professionnels de mettre en œuvre des actions pour *« briser les rôles négatifs qui leur ont été imposés et les placer dans des rôles sociaux positifs, dans le plus grand nombre possible de domaines variés »* (WOLFENSBERGER, 1997, p. 83). Voici quelques pistes d'interventions positives proposées par Wolf Wolfensberger (1997, p. 83) afin que change le regard de la société et donc que la personne puisse sortir de son statut de « dévalorisée » :

- « disposer d'établissements attrayants, confortables et stimulants ;
- disposer d'un programme d'activités stimulantes, appropriées à l'âge des clients ;
- disposer d'une apparence personnelle culturellement valorisée et appropriée à l'âge ;
- disposer, dans la mesure du possible, des correspondances de mise en valeur de l'image entre les besoins des personnes, la nature du programme et les identités du travailleur ;
- disposer des étiquettes et manières de s'adresser aux gens qui mettent en valeur leur statut. »

#### **3) La compensation positive :**

Une personne déjà dévalorisée a plus de risques qu'une série de caractéristiques dévalorisantes lui soit également attribuée, ce qui renforce le mécanisme. L'effet de groupe a également un rôle important à jouer dans ce processus. Pour éviter d'entrer dans cette dynamique, il est nécessaire de veiller à ne pas cumuler, ni favoriser les stéréotypes négatifs mais de les compenser par des éléments positifs et valorisés. *« Il n'est pas suffisant pour un service d'être simplement "neutre" dans sa position envers le statut des personnes dévalorisées aux yeux des autres ; il doit plutôt chercher à réaliser un statut le plus positif possible »* (WOLFENSBERGER, 1997, p. 85).

#### 4) Le modèle développemental et l'amélioration des compétences personnelles :

L'approche développementale affirme qu'une personne est en évolution au cours de toute son existence et qu'elle possède en-elle même plus de potentialités que ce que les autres, comme par exemple les professionnels, peuvent croire. Le développement des capacités est un élément incontournable pour acquérir des rôles sociaux plus nombreux et valorisés. Ces deux thèses, qui englobent l'approche positive, impliquent le fait de déplacer son regard sur les ressources à mobiliser plutôt que de se focaliser sur les limites de capacités. « *Le modèle développemental exige tout d'abord, l'utilisation de structures facilitant au maximum la croissance des clients, ensuite des horaires, des procédures, des rythmes et des interactions qui stimulent pareillement le potentiel de croissance des clients, [...] des regroupements de clients propres à fournir un modelage positif, au sein du groupe, à augmenter les attentes de l'ensemble de ses membres, et permettre aux professionnels de traiter individuellement les membres du groupe d'une manière ciblée, et, enfin, des professionnels spécialisés ou qui aient au moins des profils appropriés pour répondre aux besoins des clients* » (WOLFENSBERGER, 1997, p. 87).

#### 5) La force de l'imitation :

L'imitation est un modèle d'apprentissage social connu stipulant que les personnes sont susceptibles d'imiter les personnes auxquelles elles s'identifient. « *La VRS exige que la dynamique de l'imitation soit utilisée de manière efficace et positive, surtout au profit de personnes dévalorisées en leur offrant comme modèles ceux de gens qui fonctionnent habituellement de manière plus appropriée et même si possible valorisée* » (WOLFENSBERGER, 1997, p. 89).

#### 6) La dynamique et la pertinence des images sociales :

Les associations d'idées sont également un mécanisme d'apprentissage et de contrôle comportemental connus et efficaces. Même si les images et les symboles sont souvent inconscients, il n'en demeure pas moins qu'ils jouent un rôle dans la perception sociale et les attentes nourries envers un groupe de personne, par exemple. Ces représentations stéréotypées se transmettent de génération en génération. « *La VRS implique que l'image sociale des personnes dévalorisées doit être mise en valeur. Cela signifie que, autant que faire se peut, toutes les caractéristiques d'un service susceptible de transmettre des messages quels qu'ils soient, sur ses clients, devraient être positives* » (WOLFENSBERGER, 1997, p. 89).

#### 7) L'intégration sociale :

« *La VRS exige qu'une personne ou un groupe (dévalorisés) aient l'occasion d'être personnellement intégrés dans la vie valorisée de la société, le plus possible et dans le plus grand nombre de domaines possibles* » (WOLFENSBERGER, 1997, p. 90). Cela peut se traduire à travers un logement non stigmatisant, une instruction avec des semblables non dévalorisés, un travail ou partager des activités que pourrait entreprendre chaque membre de la société.

### **3.8.4. La Valorisation des Rôles Sociaux dans la pratique gériatrique**

La notion de VRS est aujourd'hui très présente dans les structures accueillant des personnes en situation de handicap et constitue, dans la grande majorité des cas, la visée de l'équipe éducative. Ces termes font peu à leur apparition dans les chartes d'établissements pour personnes âgées ces dernières années. Si chaque individu est confronté au cours de son existence à de multiples changements l'obligeant à mobiliser des capacités d'adaptation, la période de la vieillesse y est tout particulièrement propice. Les changements les plus importants, considérés comme des étapes marquantes dans le parcours de vie d'un individu entraînent souvent une modification des rôles sociaux. En vieillissant, la personne traverse des épreuves qui peuvent modifier irrémédiablement la place qu'elle tient dans la société. Parmi ces événements marquants figurent le passage à la retraite, la mort du conjoint, l'apparition de maladies physiques, le relogement.

Contrairement aux idées reçues, l'application de la VRS ne passe pas forcément par une implication dans le monde du travail. Même si le revenu d'un individu tient une place importante quand aux regards des autres, il existe d'autres rôles sociaux qui ne sont pas liés à une activité salariale. Les rôles sociaux qui concernent la « *participation à la vie de la communauté* » ou qui entrent dans le « *domaine relationnel* » sont des exemples cités par Wolfensberger dans lesquels peuvent se retrouver une population âgée étant sortie du monde du travail, rémunéré ou non.

Une personne vivant en institution n'est souvent plus dans la capacité d'assumer l'ensemble des rôles sociaux qui lui reste. Cela s'explique soit par le fait que les rôles sociaux deviennent collectivisés, soit par le fait que la personne n'est plus assez indépendante. Des rôles sociaux tels que recevoir du courrier, aller voter, offrir des cadeaux, aider ses voisins deviennent de moins en moins naturels. « *Le personnel, les bénévoles ou la famille peuvent permettre l'accomplissement de ces actes s'ils prennent conscience de l'importance de leur perte et de ses conséquences* » (VERCAUTEREN, BARRANGER, VERCAUTEREN, 1995, page 82). Il est alors important de permettre à une personne de conserver, autant que peut se faire, un rôle traditionnel ou de réactiver une partie de ce rôle. Il peut également être intéressant d'en inventer un nouveau dans lequel elle pourrait s'épanouir.

Les personnes qui entrent en EMS sont particulièrement vulnérables à la dévalorisation, au rejet, à l'isolement ou encore à l'exclusion. Il est dès lors indispensable de permettre à chaque résident de maintenir autant que possible ou éventuellement de développer dans leur vie quotidienne institutionnelle des comportements, des responsabilités et des expériences qui soient culturellement valorisés.

Pour ce faire, il s'agira en premier lieu pour le professionnel de s'interroger sur ses représentations concernant les prises en charge et sur leurs fondements, mises en lien avec les sept grands principes découlant tous de théories psychologiques.

La VRS permet une prise en charge individualisée ou/et groupale, c'est donc un outil intéressant puisqu'elle peut s'adapter aux besoins de chaque personne.

## 4. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

### 4.1. Question de recherche

Pour rappel, ma question de recherche est formulée de la manière suivante : « Dans quelle mesure le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux encourage la participation des personnes âgées vivant en EMS, du point de vue des professionnels ? ». Cette dernière offre la possibilité de travailler sur la complémentarité entre le service d'animation et celui des soins car elle représente leur point de rencontre dans l'accompagnement du résident. De plus, en plaçant les personnes accueillies au cœur de la dynamique institutionnelle, la VRS permet d'apporter comme réponses des petites actions pouvant avoir de grandes répercussions dans la vie institutionnelle au quotidien.

### 4.2. Postulats

Voici les postulats émergeant de la mise en lien entre le cadre théorique et la question de recherche et qui sont mes hypothèses que je chercherai à vérifier à travers mes entretiens sur le terrain.

Je suppose que, suivant les évolutions démographiques et sociétales, les EMS sont amenés à subir des changements structurels et fonctionnels :

#### 4.2.1. Postulat 1

**L'EMS est un lieu de vie qui permet de considérer le résident comme une personne à part entière.**

*Un lieu de vie signifie que chaque résident puisse s'approprier le lieu dans lequel il vit et d'y mener une vie équilibrée entre maintien de l'identité et vie en collectivité. Cela amène alors plutôt à parler de lieu de vies : un EMS dans lequel il existe plusieurs manières de vivre.*

#### 4.2.2. Postulat 2

**L'animateur socioculturel peut utiliser le concept de Valorisation des Rôles Sociaux comme outil participatif en EMS.**

*La Valorisation des Rôles Sociaux permet d'identifier les ressources des personnes afin de les placer dans des statuts dans lesquels elles peuvent s'émanciper. De plus, ce concept replace les personnes au cœur de l'institution dans laquelle elles sont accueillies en leur offrant la possibilité de s'y impliquer. Cette notion de participation est le point de rencontre entre l'animation socioculturelle et la Valorisation des Rôles Sociaux. Leur fusion permet une prise en charge interdisciplinaire en favorisant la notion dite « bottom up » dans le fonctionnement institutionnel.*

## 5. MÉTHODOLOGIE

Je vais détailler, dans ce chapitre, la méthode déployée ainsi que les terrains mis à contribution pour produire les données de l'enquête.

### 5.1. Démarche

En vue de la réalisation de ce travail, j'ai désiré privilégier une perspective qualitative et donc mener des entretiens semi-dirigés. Pour ce faire, j'ai effectué des entretiens avec des professionnels de la branche gérontologique ; l'objectif étant de définir le rôle de l'animateur socioculturel en lien avec le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux au sein d'EMS. Les thèmes abordés ont alors porté sur l'animation socioculturelle, mais aussi la conception et le fonctionnement des EMS. Pour cela, j'ai échangé avec mes interlocuteurs sur la Valorisation des Rôles Sociaux, l'interdisciplinarité, les fonctions du service animation ainsi que la place laissée aux résidents dans la vie institutionnelle.

Concrètement, j'ai souhaité rencontrer des infirmiers-chefs ainsi que des professionnels de l'animation travaillant dans le même EMS. Cela m'a permis de confronter leurs opinions afin d'identifier si leur vision est en lien avec leur institution ou avec leur fonction. Le nombre de personnes alors interrogées s'est élevé à six. J'ai effectué cette démarche dans différents cantons de Suisse romande.

### 5.2. Outils de recherche

Les entretiens que j'ai menés sont de types semi-dirigés et ont été réalisés sur la base des postulats formulés. L'important pour moi était que la personne interrogée puisse donner sa propre vision de l'implication des résidents dans la vie de l'EMS, ainsi que du rôle de l'animation dans le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux. C'est dans cet ordre d'idées que j'ai dirigé les différents entretiens. Pour ce faire, j'ai réalisé une grille<sup>3</sup> qui m'a permis de récolter les données. Les thèmes y figurant étaient très généraux : vision de l'animation socioculturelle, vision de l'autonomie des résidents, vision des EMS, etc. Quatre entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité, deux autres n'ont pas pu être enregistrés mais des notes écrites ont été prises au plus près des propos recueillis. Cela a permis de compléter une grille d'analyse dans un second temps.

### 5.3. Terrain de recherche

Les différents EMS approchés pour mon travail sont répartis entre trois cantons romands : Vaud, Valais et Fribourg. Le choix d'agrandir ma démarche au-delà d'un seul canton découle du fait qu'il me semblait primordial, afin d'escompter des résultats susceptibles d'énrichir la recherche, de m'adresser à différents types de structures dans lesquels des réflexions innovantes ou intéressantes quant à la

---

<sup>3</sup> Annexe A



place de l'animation ont déjà été prospectées. Le choix des EMS avec lesquels j'ai pris contact découle de leur prise de connaissance dans le cadre de mes trois ans de formation en animation socioculturelle et du fait que j'ai dirigé mes modules de formation en lien avec la personne âgée et l'animation en institution.

Dès lors, trois EMS ont participé à ma recherche :

**A :** Structure pour personnes âgées datant de la fin des années 1960. Cet EMS compte aujourd'hui 130 résidents. Seul EMS d'une ville de plus de 16'000 habitants.

**B :** Structure pour personnes âgées datant du début du 20<sup>ème</sup> siècle. Cet EMS compte aujourd'hui 84 résidents. EMS d'une commune de plus de 24'000 habitants qui en compte 9 au total.

**C :** Structure pour personnes âgées datant des années 1980. Cet EMS compte aujourd'hui 68 résidents. EMS d'une commune de presque 3'000 habitants.

Ces trois EMS ont été sélectionnés de manière à diversifier le type architectural, les implantations géographiques ainsi que les milieux sociaux des personnes accueillies.

## **5.4. Echantillon de recherche**

Après réflexion, j'ai choisi de rencontrer des infirmiers-chefs et des animateurs pour mener mes différents entretiens. En effet, je souhaitais dans un premier temps rencontrer des directeurs et non des infirmiers-chefs, ceci dans le but de comprendre le fonctionnement de la vie institutionnelle ainsi que la participation possible des résidents dans la vie de l'institution. Toutefois, au fil de mes recherches, j'ai découvert le point de rencontre que permet la Valorisation des Rôles Sociaux entre le secteur animation et celui des soins. Le fait d'interroger des infirmiers-chefs me permettait alors d'avoir un double regard sur le résident en favorisant une prise en charge interdisciplinaire.

Ainsi, j'ai rencontré individuellement trois infirmiers-chefs et trois animateurs en charge de leur secteur. Les entretiens se sont déroulés durant les mois de janvier et février 2013 et ont duré entre quarante-cinq minutes et une heure dix minutes. J'ai utilisé la même grille d'entretien pour les collaborateurs des soins que pour ceux de l'animation.

## **5.5. Ethique et risques spécifiques à la recherche**

La place de l'animation socioculturelle n'est pas toujours la préoccupation centrale dans les EMS. Cela s'explique par le fait que le secteur des soins prime, au vu de la population accueillie. On reproche même souvent à l'animation de semer le désordre dans les institutions, ses rôles et fonctions sont parfois flous pour les autres corps de métiers de l'établissement.

Les politiques publiques actuelles liées à la vieillesse favorisent le maintien à domicile. Cela a pour conséquence que les personnes accueillies en EMS présentent plus de troubles cognitifs et sont plus

dépendantes qu'auparavant. J'ai l'impression que cette réalité a pu influencer les réponses de mes interlocuteurs qui ont parfois eu de la peine à se projeter dans un concept qui valorise l'autonomie et qui demande une certaine indépendance de la part de la personne accueillie.

## 6. ANALYSE

L'analyse des entretiens menés sera divisée en six thèmes principaux ressortant de ma grille d'entretiens. Ainsi, je ne déclinerai pas question par question ou ne me limiterai pas à vérifier les hypothèses car cela perdrait la richesse des entretiens. J'ai choisi de développer les variables et dimensions, ce qui me permet de tisser des liens entre les thématiques, les institutions et les professions tout en repérant les similitudes et les différences. Mon analyse sera donc composée de six chapitres : « Présentation du service animation », « Personne / Résident », « EMS / Institution », « Valorisation des Rôles Sociaux », « Animation socioculturelle », « Vision du rôle professionnel », et suivra ensuite la vérification des postulats.

Avant de débiter l'analyse proprement dite et dans le but de la rendre la plus claire possible, il s'avère nécessaire de présenter les personnes que j'ai rencontrées et d'expliquer comment elles seront nommées dans la suite de ce travail.

- Trois EMS ont participé à ma recherche : **A, B, C**
- Les infirmiers que j'ai rencontrés sont nommés par le chiffre **1** et les animateurs par le chiffre **2**

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>1</b>	Infirmière-clinicienne  Depuis 11 ans dans cet EMS  A toujours travaillé avec des personnes âgées	<i>Infirmier-chef</i>  <i>Depuis 16 ans dans l'EMS</i>  <i>Travaillait avant en soins intensifs</i>	<i>Infirmière-chef</i>  <i>et</i>  <i>Responsable de l'animation</i>
<b>2</b>	<i>Animateur</i>  <i>Responsable du service animation depuis 1 an et demi</i>  <i>A fait sa formation dans cet EMS</i>	<i>Animatrice</i>  <i>Responsable du service animation</i>  <i>Animatrice depuis 35 ans, travaillait avant dans les soins</i>	<i>Assistante socio-éducative</i>

*NB : Il est important de préciser que les entretiens qui se sont déroulés dans les EMS **A** et **B** ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité. Les entretiens menés dans l'EMS **C** n'ont en revanche pas pu être enregistrés, cela n'ayant pas de conséquences sur la richesse des informations obtenues mais sur l'exactitude des propos lorsque ces derniers sont mis en citations.*

## 6.1. Présentation du service animation

Les trois EMS dont je me suis approchée dans le cadre de cette recherche possèdent des caractéristiques différentes en termes de nombre de personnes accueillies, de situation environnementale ou encore de fonctionnement entre les différents services. Le point commun qui les relie et qui nous intéresse particulièrement ici rejoint mon principal critère de sélection qui est le fait qu'il y ait eu, au sein de ces structures, une réflexion et un chemin parcouru non-négligeable concernant leur concept d'animation ces dernières années. Nous verrons cependant que la place du service d'animation et l'offre relative est propre à chaque EMS. Leurs spécificités nous permettront peut-être de faire des liens dans la suite de l'analyse.

### 6.1.1. Equipe d'animation

Les trois EMS possèdent tous une relativement grande équipe d'animation proportionnellement au nombre de résidents, en comparaison à d'autres EMS de la même région :

- Ce sont 8 animateurs, dont un apprenti et une stagiaire, qui travaillent dans l'EMS **A** qui compte 130 résidents.
- Dans l'EMS **B** qui accueille 84 résidents, l'équipe d'animation est composée de 7 personnes ce qui représente 5 postes à temps complet.
- L'EMS **C** comprend 4 animateurs et 1 responsable de l'animation pour 68 personnes qui résident en long séjour.

### 6.1.2. Spécificités institutionnelles liées au service animation

Deux EMS (**A** et **B**) ont la particularité d'avoir des référents-animations par étage. L'animateur responsable de l'EMS **A** a mis cela en place lorsqu'il a repris la gestion du service il y a un an et demi. Le fait que chacun des six collaborateurs soit le référent d'une unité permet une étroite collaboration avec l'équipe médicale afin de mettre en place des animations sur l'étage qui soient adaptés au mieux aux désirs et besoins des résidents. Comme l'explique **A2**, « *on se spécialise entre guillemets dans notre structure, notre étage à nous, enfin notre unité parce que c'est vrai que la maison est grande, si on doit s'occuper de partout partout, là ça fait 130 résidents, c'est énorme quoi* ». Il estime également que cela favorise un meilleur suivi en ce qui concerne les accompagnements individuels. Quant à l'EMS **B**, il a adopté ce mode de fonctionnement il y a déjà sept ans. Les animateurs-référents participent à raison d'une fois par semaine au colloque d'unité, ce qui leur permet d'accompagner au mieux les résidents jour après jour. La responsable de l'animation **B2** explique que « *l'axe, depuis l'année passée est vraiment donné à l'accompagnement et à l'animation beaucoup plus dans les étages, beaucoup plus individualisée pour répondre aux besoins des résidents qui rentrent en EMS aujourd'hui. [...] On axe beaucoup sur l'animation-accompagnement. Ça veut dire que depuis une année maintenant, le matin à 8 heures et quart, on est à l'étage. On va donner du temps pour accompagner [...] les résidents au petit-déjeuner. On fait pas du tout de toilettes ou de choses comme ça mais simplement donner du temps au petit-déjeuner. Essayer de personnaliser ce moment-là déjà dès le réveil le matin* ».

La place du service animation n'est pas la même dans les trois EMS car s'il est complètement autonome dans les EMS **A** et **B**, ce n'est pas le cas de l'EMS **C** où l'animation est étroitement liée au secteur des soins, la responsable des deux services étant l'unique et même personne. Et même si le responsable de l'animation de l'EMS **A** considère que les « *services d'animation qui sont reliés au soin fonctionnent après plus comme aides-soignants* », les animateurs de l'EMS **C** affirment que la force de leur service provient du fait que leur responsable soit commune avec le secteur des soins. « *Le fait que notre cheffe soit aussi la responsable des soins, je n'y vois que du positif. Elle défend l'animation au sein de toute la maison, donne de la crédibilité à notre travail donc on n'est pas obligé de se justifier* », relate une assistante socio-éducative (**C2**) travaillant dans cette structure et dont les propos confirment également l'opinion d'une de ses collègues qui ajoute que c'est une des meilleures manières de travailler réellement de façon interdisciplinaire.

**Synthèse :**

Dans les deux structures qui comptent le plus grand nombre de résidents (**A** et **B**), des systèmes de références par étage sont mis en place pour favoriser des animations de petits groupes, des accompagnements individuels et personnalisés.

La double casquette (infirmière-cheffe et responsable de l'animation) que porte la professionnelle travaillant dans la structure **C** est de moins en moins commune dans les EMS. Les bénéfices en résultant décrits par les animatrices rencontrées sont notables en termes d'approche interdisciplinaire et d'accompagnement du résident comme personne à part entière.

## 6.2. Personne / Résident

A travers une série de questions liées à la personne accueillie en EMS, j'ai tenté d'identifier quel est le regard que portent les professionnels sur ces dernières ainsi que le pouvoir qu'elles ont concernant leur propre accompagnement institutionnalisée.

### 6.2.1. Représentations

Un animateur (A2) a insisté à plusieurs reprises lors de notre rencontre sur le fait qu'il était primordial que chaque résident soit considéré comme une personne et non comme un malade. Il s'insurge contre ses collègues, principalement soignants, qui parlent d'un résident en le réduisant à une pathologie : *« il est Alzheimer »*. Sa vision qu'il défend auprès de ses collaborateurs est qu' *« on traite une personne, alors il y a 10 personnes qui ont Alzheimer mais il y a... ces 10 personnes qui sont différentes même si la pathologie, même si les réactions, même si les fonctionnements sont un peu similaires, il y a quand même une personne là-dedans »*. Dans la même idée, une infirmière soulève que la vision du soignant sur la personne doit être plus large que la personne âgée dépendante aujourd'hui en *« connaissant son histoire de vie que je peux mettre en relief. La volonté qu'elle a, ce qu'elle arrive encore à faire malgré les difficultés. Et de ne pas m'arrêter à ce qui ne va pas mais plutôt de mettre en lumière ce qui va encore »*. Cela implique donc de concevoir que chaque résident possède des ressources qui lui sont propres et que le rôle du professionnel est de l'aider à se les dévoiler.

### 6.2.2. Besoins

En posant une question autour des besoins des personnes vivant en EMS, quatre personnes interrogées (deux professionnels de l'animation et deux professionnels des soins) ont expliqué que les besoins étaient propres à chaque résident. En développant leurs propos, les personnes liées aux secteurs soins ont mis en avant le parcours de vie et l'état de santé dont dépend la prise en charge. Une d'entre elles a soulevé le fait que jusqu'à maintenant, les personnes âgées étaient satisfaites à partir du moment où elles étaient entourées mais que cela ne reflète plus la réalité des dernières années car les résidents deviennent plus revendicatifs en ce qui concerne le maintien de leurs besoins particuliers tels que leurs habitudes, leur façon d'être, la place laissée à leur entourage. Une infirmière a relevé que les besoins sont également liés aux droits humains et à des questions éthiques relevant de la vie en collectivité. Quant aux animatrices qui jugent que les besoins sont individuels, l'une d'elles constate que les raisons du placement en EMS ainsi que son acceptation différencient les besoins de chacun. Selon elle, de manière très globale, tous les résidents qui vivent en EMS *« ont besoin de se sentir chez eux, qu'ils se sentent bien dans leur nouveau chez-eux. Il faut prendre en compte les désirs actuels des personnes, ils se construisent souvent petit-à-petit. Il est important de laisser le choix, les décisions à prendre au quotidien »*. Une autre animatrice souligne que les professionnels doivent travailler avec des notions dont chaque résident a besoin en tant qu'être humain. Elle cite notamment le respect, l'attention, favoriser au maximum l'autonomie et surtout *« laisser la personne être et devenir ce qu'elle est au fond d'elle-même réellement car il n'y a*

*pas une minute à perdre, mais jusqu'au bout* ». Cela rejoindrait-il la « réalisation de soi » présenté par Maslow comme étant le dernier besoin à devoir être comblé ? Un animateur parlerait plutôt du besoin de « *se sentir exister, encore* » et cela peut être satisfait seulement si de l'attention, de l'écoute, de la valorisation sont portés à la personne. Il parle aussi de prendre du temps pour chaque personne, de la laisser s'exprimer... Tous ces termes qui font parties du jargon du travail social et qui peuvent paraître simplistes aux professions qui sont en contact avec les être humains semblent importants d'être soulevés, tout comme le fait un infirmier qui parle de « *besoins de contacts humains, tout simplement* » et sur lesquels il faut agir en premier lieu afin que d'autres besoins primaires puissent se combler, parfois tout naturellement.

### 6.2.3. *Identité / Singularité*

Il me semblait important de connaître la vision de mes interlocuteurs sur la valorisation de l'identité de chaque résident au sein d'une structure qui en accueille près de 60, environs 80 ou plus de 100. Il est ressorti presque unanimement que le fait d'avoir connaissance de la trajectoire de chaque résident permettait de valoriser l'identité de chacun, même si tous mes interlocuteurs se sont accordés pour dire que cela ne pouvait suffire. Tous ont alors proposé d'autres moyens ou pistes d'actions qui contribueraient à mettre en avant la singularité de chaque résident. Que signifie cette recherche absolue de mettre en avant la singularité de l'individu ? Chaque professionnel a insisté sur cette volonté, elle résulte certainement du mouvement actuel de notre société qui pousse à valoriser l'individualité plutôt que la collectivité. Des éléments très intéressants illustrant cela sont ressortis, ils sont résumés ci-dessous :

**A2 :** Selon lui, avoir connaissance de l'histoire de vie du résident ne peut pas se résumer à la lire dans un document institutionnel interne. Il est inévitable d'aller au contact de la personne pour aller plus loin que la biographie qui est faite à l'arrivée du résident, et également de tisser des liens avec les familles. Il parle de ne pas mettre tout le monde dans le même panier et de personnaliser au maximum les contacts en prenant l'exemple des cadeaux faits aux résidents lors de leurs anniversaires et à l'occasion des fêtes de Noël : l'animation fait des cadeaux personnalisés à chaque résident en consultant l'équipe soignante ou les familles. Les résidents et leur famille sont très reconnaissants par rapport à cela.

**B1 :** « *Ouais... eh ben je pense que c'est extrêmement compliqué d'arriver à faire ça et en même temps, c'est très compliqué parce que c'est très simple ! Mais ça veut dire que chacun doit considérer le résident qu'il a en face pour un être humain, indépendamment de son âge, indépendamment de sa pathologie, indépendamment de ses défauts, de ses qualités. C'est juste considérer l'autre, je crois que la problématique elle est simplement en nous, c'est le regard qu'on porte à l'autre* ». Et il ajoute que tout peut être individualisé, tant que le regard porté sur le résident n'y est pas, ce dernier ne va se sentir être considéré comme tel qu'il est. L'individualisation est synonyme d'ouverture à l'autre et signifie laisser une plage ouverte de possibles dont le résident peut s'approprier ce qui lui correspond. Selon ce professionnel, un problème qui peut exister est le fait que les objectifs des professionnels ne correspondent pas à ceux que souhaite le résident. Pour éviter de tomber dans un tel schéma, il suggère de « *d'abord arriver avec vraiment, pas seulement le cœur mais le cerveau ouvert à l'autre, et*

*voir qu'est-ce que l'autre veut me dire. Et pas commencer à penser qu'on a les réponses pour lui».*

- B2 :** Une animatrice a rapporté que la phase d'accueil de chaque résident était très importante afin que chacun se sente accueilli tel qu'il est et avec ce qui le caractérise. Elle explique que c'est dès son arrivée qu'il faut donner du temps pour que chacun puisse prendre sa place dans cette nouvelle société dans laquelle il entre. Elle parle alors de l'EMS comme d'une « *nouvelle société* », cela signifie-t-il que les résidents d'EMS ne sont plus considérés comme citoyens de la société « normale » ? Elle poursuit sa réflexion en racontant que dans sa structure, toute la procédure d'accueil est en cours de réflexion et d'approfondissement. En ce qui concerne l'animation, des rencontres entre nouveaux résidents seront régulièrement proposées où chacun a la possibilité de livrer une partie de son histoire de vie. Les premières expériences portent leurs fruits : *« mettre ces gens ensemble, et qu'ils puissent parler ensemble de leurs expériences de vie, de leurs voyages, de leur passé et tout. Chacun s'est redressé, mais les échanges deviennent quelque chose de réel, là il y a des échanges pas construits et c'est plus le vieux en face, c'est quelqu'un qui a comme moi un vécu, ça change l'image ».*
- C1 :** « *Une personne est définie comme un être biopsychosocial, donc doit être considérée dans chacune de ces dimensions. Toutes ses valeurs personnelles et spirituelles doivent être respectées* ». En ce sens, une animatrice spirituelle a été engagée récemment dans l'EMS pour permettre à chacun de vivre sa spiritualité telle qu'il le souhaite. Chaque résident doit être respecté avec ses valeurs, ses convictions, son envie de vivre ou de mourir, et cela jusqu'au dernier instant de sa vie, et même après. Cette dynamique doit absolument s'instaurer parce que les autres résidents le ressentent si une personne est respectée ou non dans ce qu'elle est, et même au-delà de son existence sur la terre.
- C2 :** Selon l'assistante socio-éducative rencontrée, c'est certainement le fait de respecter l'identité de chaque résident et sa manière de vivre qui est le point de rencontre entre tous les secteurs de l'EMS, la mission qui unie leur pratique. Et chaque secteur a un grand rôle à tenir dans ce sens-là : *« Permettre à chaque résident d'être qui il est, donc qui il était également avant sa venue en EMS ».*

#### 6.2.4. Autonomie

Les six personnes que j'ai interrogées ont toutes exprimées le fait que les personnes qui entrent actuellement en EMS présentent beaucoup plus de troubles déments et sont plus dépendantes qu'auparavant. Toutes m'ont expliquée que cela était à mettre en lien avec le vieillissement de la population et avec les politiques actuelles qui mettent la priorité sur le maintien à domicile. Dès lors, les personnes entrent en EMS lorsque la vie à domicile est devenue insoutenable. Une infirmière m'explique que *« les pathologies sont beaucoup plus avancées et du coup on a aussi plus de polyopathologies donc un mélange entre des problèmes physiques, des problèmes psychiques, qu'on ne sait pas toujours en fait qu'est-ce qui est en premier plan et qu'est-ce qui faut traiter ».* Elle conclue en affirmant que le fait que les personnes aient peu d'autonomie ne modifie pas la mission des EMS mais la complexifie. Un infirmier a développé une réflexion forte intéressante sur la



signification de l'autonomie qu'il a illustrée avec une image liée au déplacement dans l'espace, même s'il précise que l'autonomie a des contours propres à chaque individu :

*« Alors est-ce que c'est d'être autonome que de marcher ou est-ce que c'est d'être autonome de pouvoir se déplacer ? Moi je pense qu'on peut être autonome sans marcher dans la mesure où on a bêtement hein, par exemple, la possibilité de faire bouger notre chaise roulante. Mais on va nous dire "si vous vous mettez en chaise roulante, vous allez plus marcher". Mais en même temps est-ce que marcher trois mètres c'est marcher ? Ou est-ce que c'est être autonome ? (...) Donc eh, qu'est-ce que c'est l'autonomie ? Et je pense que l'autonomie c'est pas seulement de faire les choses seul, mais c'est aussi que la structure, aussi bien dans le bâtiment que dans le personnel, nous permette de demander, de dire "eh ben voilà, moi j'aimerais pouvoir aller dans le jardin". Alors que la personne puisse le faire ou pas, l'autonomie c'est de pouvoir aller dans le jardin. Si pour arriver dans le jardin, il faut qu'il y ait quelqu'un qui pousse la chaise, c'est quand même être autonome parce que c'est la volonté de la personne ».*

Quant aux propos des animateurs à ce sujet, ils ont tous soulevé que leur travail devait évoluer en fonction des résidents, que l'animation en EMS était à un carrefour puisqu'elles devaient s'adapter à cette nouvelle population de résidents. Une animatrice postule qu'elle travaille maintenant avec des résidents qui, pour la plupart, éprouvent de grandes souffrances physiques et psychiques et que cela est une nouvelle donnée pour elle dans son travail au quotidien. Elle insiste sur l'instabilité psychique des résidents : *« Moi je crois que je suis à peu près persuadée que les trois-quarts des gens qui rentrent ici sont dépressifs quand même hein, plus ou moins, mais quand même hein, en tout cas à un moment donné de leur séjour ici »*. Un animateur travaillant dans une autre structure souligne que même si certains cas peuvent sembler lourds, il affirme qu'au niveau de l'animation, les personnes ont encore beaucoup de possibilités et de ressources, tout en nuancant ses dires *« les chiffres peut-être me contredisent, mais dans la réalité, dans mon travail il y a encore bien des possibilités »*.

#### **6.2.5. Citoyens de l'EMS**

Lors de chaque entretien, j'ai soumis la question « selon vous, peut-on affirmer que les résidents sont les citoyens de l'EMS ? ». Cette question à visée un peu provocatrice a suscité beaucoup de réflexions ainsi que de remises en questions de la part de mes interlocuteurs. J'ai dû, lors de cinq entretiens, relancer la discussion après qu'ils m'aient répondu « *bien sûr* » sans pour autant développer leurs idées. J'ai tenté de leur faire développer la notion de citoyenneté. Certains ont alors dévié sur l'accueil du résident qui doit être revu et amélioré. Un autre professionnel de l'animation m'a donné l'exemple de formulaires qui avaient été adressés aux résidents et aux collaborateurs afin d'améliorer la qualité de la cuisine. Deux personnes m'ont ensuite demandé si c'était bien ça que j'entendais à travers cette question.

Une infirmière a donné des éléments intéressants, dont voici quelques bribes : *« Alors... être citoyen ça veut dire avoir un chez soi, c'est le cas ! Ça veut dire participer à la vie, donc les personnes qui ont la capacité de parler encore vont pouvoir décider s'ils veulent aller à une animation, si oui laquelle, si aujourd'hui ben ils sont trop fatigués pour descendre en salle-à-manger et qu'ils préfèrent manger sur*

*l'étage, hem, si ben ils acceptent un traitement ou pas. Dans les soins, ben on va leur demander aussi leur volonté, donc en parlant des directives anticipées, de façon à respecter là aussi leur volonté ».* Une opinion qui contraste avec celle d'un autre infirmier qui a répondu tout de go par la négative à cette question. Voici son développement : *« Je pense pas parce que pour moi citoyen ça a un côté politique et donc dans le cadre du politique pour moi ça veut dire que, si je m'en réfère à un pays ou à une commune, le citoyen a le droit de donner son avis, et très honnêtement non, non ! C'est... je veux dire... la boîte à suggestion eh... (rires) j'y crois pas, j'y crois pas ».* C'est intéressant de constater que les propos de ces deux infirmiers contrastent avec des mots très forts de sens (volontés, avis) qu'ils ont exprimés avec beaucoup de convictions. On touche là à des valeurs importantes et certainement à des croyances personnelles qui animent différemment chacun des professionnels, qu'ils soient infirmiers ou animateurs. La notion de citoyenneté est donc personnelle et chacun la vit différemment en y attachant des convictions semblables mais à valeur différente.

#### 6.2.6. Principe décisionnel

Suite à la question sur la notion de citoyenneté du résident, j'ai poursuivi avec une interrogation portant sur la place du résident par rapport au principe décisionnel, lié entre autres à sa prise en charge pour ainsi comparer les réponses obtenues. J'ai obtenu à cette seconde question des propos plus nuancés que les précédents. Je les présenterai en les mettant en parallèle avec la notion de citoyenneté.

	Citoyenneté	Principe décisionnel
A1	OUI	<i>« Il a des possibilités de se positionner, hem, probablement qu'il pourrait y en avoir de plus mais je pense que là on est de nouveau confronté à cette difficulté de vie en communauté où il faut trouver un équilibre entre besoin privé et vie en communauté ».</i>
A2	OUI	<i>« Après, au niveau des décisions, ben infirmiers ou autres par rapport au traitement ben ça s'est pas de notre ressort donc on n'est... Là ils subissent hein, c'est clair qu'ils peuvent pas... ils ont toujours leur mot à dire hein, ils sont censés pouvoir aussi dire, refuser des médicaments et autres. Je sais pas dans quelles mesures c'est applicable parce que c'est toujours pour le bien du résident et... donc... c'est la grande question. Ouais... ».</i>
B1	NON	<i>« Laisser la possibilité de choisir, ça c'est compliqué parce qu'en même temps, l'institution en tant qu'entreprise a des objectifs qu'on doit remplir, l'Etat, les caisses maladies, enfin tout le système autour veut pouvoir contrôler si on fait bien notre travail et pour faire bien notre travail, il faut de la traçabilité. [...] Mais en même temps, si on fait pas des plans de soins comme ils veulent, on nous dit vous êtes des mauvais soignants. Et en</i>

		<i>même temps, ça veut dire que on empêche vraiment notre client d'exprimer ce qu'il veut ou ce qu'il veut pas. [...] Maintenant, par rapport au pouvoir décisionnel, très honnêtement je pense que non, eux ils ont absolument... et rien n'est fait pour leur laisser un pouvoir décisionnel ».</i>
<b>B2</b>	<i>OUI</i>	<i>« On essaie de les encourager à décider, on ne décide rien pour eux. [...] Mais le "ça lui fera du bien" est quand même présent ».</i>
<b>C1</b>	<i>OUI</i>	<i>« La prise en charge est réfléchie et discutée ensemble avec le résident, donc on peut dire que les décisions peuvent être influencées par les deux parties ».</i>
<b>C2</b>	<i>OUI</i>	<i>« Cela dépend du résident, s'il est positionné et qu'il l'exprime, cela sera entendu. S'il ne s'exprime pas, des décisions seront peut-être prises à sa place. C'est pourquoi il faut autant que possible laisser des espaces pour l'expression ».</i>

En outre, il est intéressant de préciser que, dans le cadre de ce thème, les deux professionnels travaillant dans l'EMS B ont cité la même phrase empruntée à leur directeur *« café au lait un jour, café au lait toujours, si seulement ça ne pouvait plus exister »*, et ils ont ensuite détaillé cette phrase en parlant des automatismes et des habitudes que certains professionnels développent dans leur pratique professionnelle et qui entravent les choix laissés aux résidents. Selon eux, certains soignants sont dans *« le faire »* alors qu'ils devraient être dans *« l'être avec »* et c'est cette nuance qui fait toute la différence quant à l'espace de décisions laissé aux résidents. Afin d'illustrer cela, l'animatrice prend l'exemple du thé ou du café servis lors des animations, et l'infirmier celui du choix des médicaments et de la loi sur le droit à la santé et le droit du malade. Voici ce qu'il en dit : *« nous notre métier c'est pas que la personne avale ou pas un comprimé, c'est de pouvoir lui donner le droit du choix. Mais je pense qu'il y a encore beaucoup de boulot, il y a encore beaucoup de boulot »*. Le fait que ces deux professionnels aient tenu le même discours, tout en y intégrant la pensée de leur directeur reflète certainement qu'une réflexion ou une prise de conscience liées au principe décisionnel du résident a lieu à un niveau institutionnel.

### **Synthèse :**

Tous les professionnels ont signifié que les besoins des résidents en EMS étaient propres à chacun. Les professionnels médicaux ont rajouté qu'ils dépendaient de l'état de santé des résidents et un d'entre eux a dit initialement que le besoin premier était les contacts humains. Aucun professionnel n'a parlé de retrouver une autonomie ou de combler les besoins primaires, mais ont plutôt relevé des besoins tels que *« se sentir exister »*, *« se sentir bien chez-soi »*. Nous remarquons alors que ce ne sont pas les besoins physiologiques qui ont été cités, même si Maslow les classe à la base de la pyramide et que Henderson y accorde une très grande importance.

Quant à l'individualité des résidents dans une vie collectivisée, le fait de personnaliser au maximum le plus d'éléments possibles au cours d'une journée est ressorti au-delà de la connaissance de la trajectoire de vie, qui ne suffit pas.

Les six professionnels estiment que les personnes entrant en EMS présentent des pathologies plus complexes qu'il y a quelques années et se trouvent dans un état de santé fortement dégradé. Les individus alors accueillis en EMS sont principalement des personnes du 4<sup>ème</sup> âge qui sont admises suite à des événements découlant du concept de fragilité ou vulnérabilité. Les professionnels affirment que même si cela complexifie leur travail, ils doivent évoluer professionnellement en gardant en tête les fondements de leur profession. Les animateurs ont souhaité peindre un « tableau moins noir » parce qu'il y a encore beaucoup de possibilités et de ressources à exploiter.

Une des questions centrales de cette recherche est celle concernant la citoyenneté et le principe décisionnel des résidents. Il est apparu que les réponses des interlocuteurs étaient souvent tiraillées entre le prescrit et le réel. Tous disent qu'il y a encore du chemin à parcourir pour y arriver. Après analyse, il s'avère que ce sont les décisions liées à la prise en charge médicale qui laissent peu d'espaces d'expressions et de décisions aux résidents. Les trois animateurs se sont montrés très critiques quant au principe décisionnel des résidents, un infirmier (**B1**) s'est également positionné dans une telle dynamique. L'EMS (**B**) dans lequel il travaille semble proposer un concept d'accompagnement des résidents pensé autour de leur capacité décisionnelle. Les infirmières des deux autres EMS tiennent, quant à elles, un discours plus positif.

### 6.3. EMS / Institution

A travers une série de questions spécifiques, j'ai voulu connaître la vision que les professionnels travaillant dans des EMS ont du type de structures dans lesquelles ils évoluent quotidiennement. Comment perçoivent-ils la vie que les résidents y mènent ? Et que signifie pour eux vivre en collectivité ? Alors que je ne visais pas à obtenir des éléments concernant l'avenir des EMS, nous verrons dans le développement qui suit que certains professionnels y ont mûrement réfléchi et proposent des concepts qui s'avèrent pertinents et méritent d'être présentés dans le cadre de cette recherche.

#### 6.3.1. Définition de l'EMS

Chaque professionnel m'a exposé sa définition des EMS spontanément, de manière claire et assez précise. En voici quelques passages résumant les idées de chacun :

- « *Un lieu qui accueille des personnes en difficulté qui auraient peut-être plus les capacités, qui ont plus les capacités d'être autonome chez soi, et c'est de les prendre en charge le mieux possible pour leur permettre de terminer leurs jours dans les meilleures conditions* ». (A2)

Cette définition se rapproche de celle de l'institution totale de Goffman : « *un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* » (GOFFMAN, 1968, p. 41). Cela paraît assez éloigné de l'EMS perçu comme un lieu de vie et d'envies.

- « *Alors... un EMS c'est... je dirais... c'est... un lieu de soins mais pas un hôpital, c'est un lieu d'habitation mais pas un hôtel, c'est un lieu où il y a un maximum de personnes âgées par le fait... mais c'est pas un établissement pour personnes âgées parce que on est susceptible d'accueillir des personnes de tous âges. La seule qui les rapproche, c'est la pathologie qui est souvent une pathologie liée à la personne âgée* ». (B1)
- « *C'est un lieu de vie dans lequel la priorité est de combler les besoins d'accompagnement des personnes qui y sont accueillies. Les personnes peuvent bénéficier de prestations adéquates suivant leurs ressources et leurs faiblesses* ». (C1)

Dans leur définition, deux personnes ont prononcé les termes « *lieux de vie* », les autres faisant plutôt référence à des « *lieux d'accueil* ».

Un professionnel soignant a mis le doigt sur une confusion bien présente au sein de la pensée collective. Il explique qu'EMS signifie établissement médico-social et non pas maison de retraite ou home pour personnes âgées qui sont désormais des appellations désuètes. Il illustre ses propos en exprimant un pourcentage significatif : « *en moyenne dans le canton de Vaud, il y a, à peu de choses près, entre 8 et 10% de personnes ayant pas encore atteint l'âge de la retraite qui entrent en EMS* ».

Et cette distinction entre EMS et maison de retraite n'est pas claire, tant pour les résidents, les familles, ou même les professionnels qui pensent exercer un métier lié uniquement à la gériatrie.

Selon une animatrice, les EMS actuels dont l'architecture ressemble de près aux hôpitaux (elle cite les couloirs, la salle de bain à l'étage, la disposition des lits dans les chambres) sont actuellement déjà complètement dépassés et qu'il ne devrait plus en exister beaucoup de tels dans une vingtaine d'années. Elle pense que les EMS sont inévitablement amenés à évoluer. De nombreux séjours de vacances avec des résidents l'ont inspirée sur un type de structures architecturalement nouveau. En effet, elle estime que de favoriser des espaces qui fonctionneraient comme des petites cellules familiales favoriseraient l'autonomie et l'épanouissement des résidents dans leur mode de vie en collectivité. Voici ses idées de projets :

*« J'imagine plus un système qui fonctionnerait comme une famille, puisqu'on parle de "quartiers" (ndlr : étages) et de "ville" en bas. Au rez-de-chaussée c'est la ville, il y a la grande cafétéria où l'on reçoit les familles, où il y a les films, les expos, il y a tout ça qui se passe. Ça s'est vraiment la "ville". Et je pense que le "quartier" où les gens habiteraient, où ils auraient chacun leur "appartement", leur chambre, dans un truc, moi je verrais plutôt quelque chose en rond, hexagonale ou quelque chose comme ça, où les gens ont vraiment comme des petites alvéoles avec un centre où les gens peuvent se retrouver s'ils en ont envie. Faire à manger ensemble s'ils en ont envie, pas tous les jours, mais en tout cas une partie, déjeuner là, s'ils ont envie de faire le repas du soir, faire une soupe, une tarte, un truc. Qu'ils aient cette possibilité là, de se retrouver et de participer à la vie communautaire. Moi je me rends compte, en vivant ici, en travaillant ici, que tout ce qu'on enlève aux résidents maintiendrait leur indépendance le plus longtemps possible. [...] On doit absolument de retrouver que ces gens aient une raison d'être, une raison d'être utiles, une raison de vivre jusqu'au bout et d'être utiles à l'autre jusqu'au bout. Et j'ai vu ça pendant des vacances, "mais Madame vous avez froid, je vais vous chercher votre jaquette". Et les gens s'en vont, se lèvent, vont dans la chambre chercher la jaquette. "Vous avez besoin d'aide pour faire à déjeuner ? Mais moi je vous aide", etc. Des choses qu'on voit plus quand on arrive en EMS. Et les gens prennent une indépendance incroyable quand ils sont en dehors d'ici, qu'ils perdent ici parce qu'on les maternelle beaucoup trop ».*

Ces propos rejoignent la question de l'infantilisation des personnes âgées accueillies en EMS développée dans la partie théorique. Cette animatrice relève des questionnements intéressants sur le fait que les résidents sont « déresponsabilisés » de toutes actions qui structurent leurs journées et leur permettent d'être acteur de leur existence. Les pistes d'actions qu'elle propose quant à la participation à la vie communautaire sont des exemples réels, qui sortent d'activités construites, qui perdraient leur sens.

### **6.3.2. Lieu de vie**

J'ai demandé à chacun de mes interlocuteurs de s'exprimer sur le fait que les EMS en Suisse soient définis comme des lieux de vie. Cinq personnes m'ont alors formulé que c'était réellement le cas « *puisque les gens y vivent, ils sont pas là, ils sont pas en train de mourir tous les jours, ils sont vivants*

*jusqu'à la dernière minute qu'ils vivent. Donc c'est un lieu de vie, bien sûr* ». J'ai donc demandé quelles étaient selon eux les caractéristiques imputables à un lieu de vie. « *Mener une vie quotidienne la plus normale possible* » ou « *respecter au maximum le rythme et les habitudes de la personne* » ont dès lors été cités. Deux développements de deux personnes différentes travaillant dans le même EMS méritent d'être transposés dans cette analyse :

- « *Un lieu de vie implique que chaque personne qui s'y trouve fasse vivre le lieu. En fait les employés "vivent" avec les résidents lorsqu'ils sont au travail. Les personnes qui vivent en EMS ont en fait déplacé leur lieu de vie car ils avaient besoin d'un accompagnement plus ou moins au quotidien. Ils ont juste déplacé leur lieu de vie, donc leurs habitudes ne sont pas forcément toutes changées* ».
- « *Le fait qu'un EMS soit un lieu de vie devrait accorder une place primordiale au secteur animation et en second lieu au secteur soin. De plus en plus, nous tendons à un tel fonctionnement. Un lieu de vie doit être un lieu ouvert. Notre EMS a un côté vie villageoise, le personnel contribue à cela en tout cas. Un lieu de vie, ça signifie vivre la vie quotidienne, proche du quotidien. L'animation va dans ce sens et les familles sont impliquées. Pour faire vivre un lieu, c'est toute une philosophie de maison qu'il faut avoir et mettre en place* ».

Comme déjà expliqué, le développement du paragraphe ci-dessus est le reflet de cinq personnes interrogées sur six. Une personne a en effet eu une toute autre réaction et un discours dissemblable en rapport avec cette même question. Cet infirmier a tout de suite parlé de « *jolie arnaque* ». Voici son argumentation :

*« C'est une arnaque qui nous prêterite encore maintenant [...] Parce qu'on a tellement voulu être politiquement correct en cachant les choses difficiles, ben que on a dit c'est un lieu de vie c'est un lieu de vie ! Et qu'est-ce qu'il s'est passé ? C'est que les caisses-maladies qui sont pour une grande partie dans le financement, par l'intermédiaire des soins qu'elles paient, avant on travaillait avec des forfaits. Mais comme c'est un lieu de vie, ils ont dit ok alors si c'est un lieu de vie c'est comme à la maison. Et comme à la maison, ça veut dire : franchises, quotes-parts et restrictions des soins liés au catalogue de la LAMal. Et donc, les premiers qui trinquent c'est le résident parce que il y a toute une partie de sa médication qu'il a besoin lié à son âge mais pas forcément à sa maladie, qu'il doit payer de sa poche parce que les assureurs ne les prennent plus en charge ».*

Pour conclure, il explique qu'un EMS peut être défini comme un lieu de vie, où il y a de la vie mais qu'il ne fallait pas oublier qu'on y mourrait, la mort faisant partie de la vie. Selon lui, si un EMS est défini comme tel « *parce que c'est un lieu d'habitation* », cette réflexion est lacunaire car il juge que « *avoir un toit et à manger, c'est pas la vie. Un lieu de vie, c'est un lieu qui est investi par la personne de quelque chose qui lui permette de faire des projets* ». Et il suggère enfin de poser cette question aux résidents qui n'auront certainement pas tous un tel point de vue. Certainement que la majorité d'entre eux considère avant tout un EMS comme étant un lieu de soins. « *Les gens y viennent premièrement parce qu'ils ont besoins de soins, de prendre soins d'eux, pas pour y vivre. Et c'est là justement que le travail de l'animation prend racine* », dit-il. Nous y reviendrons...

### 6.3.3. Vie en collectivité

Peu d'éléments ont été avancés sur la vie en collectivité des résidents, mis à part le fait que comme dans toute société donnée, des règles de vie ou de savoir-vivre sont inhérentes à un bon fonctionnement. Le défi des professionnels serait alors de concilier au mieux le rythme et les habitudes des résidents tout en permettant une vie en communauté saine et acceptable pour tous. Afin que je puisse me rendre compte de la réalité de la vie en EMS, j'ai demandé à chaque professionnel quelle était la position de leur institution face à un résident qui souhaite dormir longtemps le matin et donc prendre son petit-déjeuner aux alentours de 10h00. Dans deux institutions, cela pourrait être possible mais il y aurait tout de même une discussion pour essayer d'avancer l'heure du déjeuner. Dans la troisième institution, cela est tout à fait envisageable puisque cela se fait quotidiennement pour une résidente. L'infirmière de cet établissement relate que *« Contrairement à ce qu'on pourrait croire, tout n'est pas partagé en EMS. Moi je vois la vie en EMS comme des petits studios où chacun vit sa vie et il y a également des lieux communs. On peut bénéficier de différents services. Mais chacun garde ses rythmes et ses habitudes, tout n'est pas collectivisé »*.

Un point de rencontre est apparu dans le cours de mes entretiens, je le nommerai non pas « vie en collectivité » mais « vie collective » qui implique le fait que les gestes liés à la vie quotidienne sont rendus collectifs. En effet, cela ressort très nettement des propos des interlocuteurs, mais avec un degré de représentations différent. Alors que certains suggèrent que les résidents sont *« dépossédés de tous ces petits riens qui nous font nous sentir vivre »*, d'autres jugent cela comme *« faisant partie de la vie en institution »*. Les mots prononcés par un animateur résument parfaitement cet équilibre difficile à trouver que tous ont soulevé :

*« C'est le gros problème dans les institutions, ben elles (ndlr : les personnes accueillies) sont prises en charge de A jusqu'à Z et puis du jour au lendemain, vous devez vous adapter à la façon d'évoluer dans un EMS, faire des concessions aussi. Vous aviez vos habitudes chez vous, vous arrivez dans un EMS ben vous vous habituez aux habitudes de la vie en collectivité. Et aussi au niveau des tâches, on leur dit "non non, laissez maintenant on s'occupe de tout, on fait tout". Pi tout d'un coup ben on existe plus. Moi je me rends compte, en vivant ici, en travaillant ici, que tout ce qu'on enlève aux résidents maintiendrait leur indépendance le plus longtemps possible »*.

### 6.3.4. Vision top down ou bottom up

A la question « Où placez-vous les résidents dans le fonctionnement institutionnel ? », cinq personnes les ont placés au centre...

- A1 :** ... *« avec les professionnels, la famille, les médecins qui gravitent autour »*. Premier cercle : équipe soignante et femmes de ménage. Deuxième cercle : cuisine, animation,...
- A2 :** ... *« avec les soins qui prennent le dessus »*. Prendre en considération la personne et non la pathologie, *« mettre en avant le côté humain »* laisserait plus de place à l'animation.



- B1 :** ... « *et je crois que fondamentalement il est au centre des préoccupations de l'institution. Maintenant, je pense que c'est pas le seul centre qu'il y a parce qu'on a une vision avec plusieurs centres. On doit avoir évidemment le résident en point de mire, en même temps on est aussi une entreprise dans laquelle on fabrique des soins, de la prise en charge et de l'aide et donc on doit aussi prendre soin de notre personnel, on doit prendre soin de notre budget, on doit prendre soin de tout ce qui fait que... là* ».
- B2 :** ... « *le résident est toujours au centre et c'est ça que des fois on oublie* ». « *On doit vraiment faire une chaîne entre tous qui s'appelle la multidisciplinarité, comme une spirale pour rejoindre le résident qui est le centre* ».
- C2 :** ... « *Chaque décision éthique doit réfléchir à la place du résident qui doit avoir une place centrale, et c'est ainsi qu'on arrive à une prise en charge adaptée* ».

L'analyse de ces passages sélectionnés met en évidence des nuances marquées dans le discours de mes interlocuteurs : ils placent les résidents au centre, avec des « *mais* » et des « *si* »... Je pense que cela découle en partie de la différence entre la mission et la réalité institutionnelle ou alors entre l'image qu'ils nourrissent de leur rôle professionnelle et la réalité du terrain.

Voici une autre vision de la place du résident que propose l'infirmière travaillant dans l'EMS **C** : « *Souvent on parle que le résident est au centre et qu'en travaillant de manière interdisciplinaire, c'est là qu'on place le résident. Moi je pense que cette image et cette manière de travailler est lacunaire car rien n'arrive réellement aux résidents, tout tourne autour de lui et on risque de le perdre. Moi je vois plutôt... eh... comme image, un triangle. Le résident est placé à la tête du triangle, le home dans un coin et tout le réseau dans l'autre coin. Cela permet une rencontre avec le résident, et après on construit, une prise en charge par exemple, ensemble* ».

### **6.3.5. Implication familiale**

Selon mes interlocuteurs, une évolution quand à la place des familles et des proches a eu lieu ces dernières années dans les EMS. Ces derniers qui le souhaitent peuvent réellement s'investir et participer à la vie de la maison. Deux personnes ont relevé que cela ne pouvait être dissocié d'un lieu de vie. « *Dans un lieu de vie, le côté social, j'entends par là les familles, tient une place très importante. Chaque proche des résidents doit s'y sentir bien, être accueilli dans un espace chaleureux. Cela se traduit par une ambiance, une atmosphère qui doit régner dans toute la maison* ». Une infirmière pense que les professionnels doivent créer un lien avec les familles et travailler avec elles pour une meilleure prise en charge du résident. Pour arriver à cela, une animatrice relate que depuis que figurent sur le programme des animations des inscriptions telles que « *cordiale bienvenue aux familles et aux proches* », elle constate que les familles répondent présentes et que des liens se tissent entre elles et les professionnels.

### 6.3.6. Liens avec l'extérieur

Traiter cette dimension a permis aux partenaires consultés de formuler leur impression sur l'image que véhiculent les EMS au sein de notre société. Ils y peignent un tableau plutôt sombre et affirment que l'image du mouvoir persiste encore bel et bien. Les gens leur expriment souvent qu'ils ont « *peur d'y rentrer* » que pour cela ils doivent « *faire un pas* ». Des professionnels travaillant dans le même établissement expliquent qu'il y a une cafétéria, une chapelle et un jardin public, signes que l'EMS fait preuve d'ouverture. Les habitants voisins commencent à y venir, mais la ville ne se montre guère partie prenante. Le marché de Noël organisé au sein de l'EMS depuis quelques années commence à porter ses fruits. Selon l'animateur, ce sont de tels événements qui permettent « *de faire vivre le lieu pour faire vivre les gens qui sont à l'intérieur, c'est de faire vivre l'EMS en lui-même, et d'être ouvert sur l'extérieur, et pas quelque chose de cloîtré, fermé mais dans lequel il se passe des choses* ». Des propos d'une animatrice travaillant dans un autre EMS vont dans le même sens : « *Mais l'important c'est comment ils (ndlr : les visiteurs) se sentent quand ils rentrent dans cette maison. Est-ce qu'ils se sentent accueillis ou rejetés ? Est-ce qu'ils sentent qu'ils sont dans un ghetto ou dans un lieu de vie ? Comment est ce lieu de vie ? Est-ce qu'il est accueillant ? Accessible ou pas ? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui vous accueille en bas ? Est-ce que c'est un truc fermé où vous savez pas comment vous allez arriver dans les chambres ? Est-ce que ci, est-ce que ça ? Qu'est-ce qui s'y passe ?* ».

Les dires des professionnels de l'EMS qui se situe dans un village sont plus positifs quant à la place de la structure au sein de la société : « *Notre EMS est bien ancré dans le village, et des liens existent réellement. Le [C] fait partie intégrante de la vie villageoise, le fait qu'il soit au centre proche des commerces et qu'il y ait un arrêt de bus pas loin favorise les échanges. Voici un exemple intéressant : notre home est proche de l'école et parfois, les petits-enfants des résidents passent dans la maison en rentrant de l'école. Cela donne de la vie à l'étage, à la cafétéria* ».

#### **Synthèse :**

Il apparaît que le terme lieu de vie évoque d'intéressants éléments relatifs à une certaine dynamique ou ambiance dans lesquelles évoluent les EMS. Plusieurs professionnels ont lié animation et lieu de vie. Certains d'entre eux ont également soulevé le fait que faire vivre un lieu était l'affaire de tous : ensemble des professionnels, résidents, familles,...

Toute vie en collectivité suppose des règles afin qu'elle se déroule dans les meilleures conditions. Par contre, pour que chacun puisse y trouver sa place, les professionnels rencontrés expliquent qu'il est indispensable que chacun puisse conserver ses habitudes de la vie quotidienne et continuer à assumer des responsabilités pour soi ou envers les autres.

Il ressort des entretiens que les fonctionnements institutionnels actuels ne contribuent pas à atteindre une notion *bottom up*.

## 6.4. Valorisation des Rôles Sociaux

### 6.4.1. Evocations, représentations

Lorsque j'ai posé la question « Qu'est-ce que la VRS évoque pour vous ? », plusieurs interlocuteurs m'ont retourné la question en demandant ce que j'entendais par les termes « Valorisation des Rôles Sociaux » alors que certains d'entre-eux avaient déjà apporté des éléments de réflexions y étant liés au début des entretiens. J'ai alors divisé la question en leur demandant de définir un rôle social, de parler de leur reconnaissance et d'éventuellement transposer leurs pensées à une population âgée. Voici alors le reflet des sujets qui ont été abordés sur la Valorisation des Rôles Sociaux pris dans son concept global.

Alors que les animateurs ont tenté d'esquiver de donner des réponses concrètes en argumentant que les personnes ne sont pas que résidents d'un EMS, qu'elles ont toutes un vécu, les infirmiers ont soulevé des propos qui s'avèrent significatifs dans cette présente analyse.

Une infirmière m'explique que si elle reprend et fait des liens entre l'enchaînement de mes questions, elle comprend ce que signifie maintenant la Valorisation des Rôles Sociaux : *« C'est la première fois que j'en entends parler comme ça je dirais, mais oui, absolument car je pense que c'est quelque chose qui est vraiment indispensable pour aider à garder l'identité de la personne. Moi j'ai toujours beaucoup parlé de l'identité, et l'importance de rendre, de redonner l'identité, ou de valoriser l'identité de la personne »*. A la fin de l'entretien, cette personne est revenue sur la notion d'identité et m'a dit que notre discussion avait mis *« des mots sur des réflexions que je me fais depuis longtemps »*.

Après réflexion, un autre infirmier m'a répondu qu'il ne savait pas quoi me répondre parce qu'il n'arrivait pas à associer de rôles sociaux *« à des personnes du quatrième, voire parfois cinquième [âge] j'ai envie de dire, qui vivent en EMS et qui parfois souffrent de démences qui leur enlève leur... personnalité. C'est affreux ce que je dis là, surtout moi qui travaille ici. Et c'est bien là le nœud du problème que vous soulevez dans votre travail »*.

La troisième infirmière rencontrée m'a dit avoir connaissance un peu du concept de la VRS et m'a présenté ce qu'elle souhaite en retirer dans son travail au quotidien :

*« Les personnes âgées ne se retrouvent souvent pas dans les critères que véhicule la société actuelle. [...] Pour le résident, on essaie de garder autant que possible une continuité par rapport à sa vie d'avant. Il s'agit d'un changement de lieu d'habitation mais pas d'habitude, même s'il peut y avoir parfois quelques contraintes. Et c'est ça qui fait que la personne reste la personne qu'elle était jusqu'à son entrée en EMS, on ne veut surtout pas la changer ici, il faut qu'elle reste qui elle est et qui elle a été.*

*Comme je suis la cheffe commune entre les soins et l'animation, on va tous dans la même direction. Mais l'image de la soignante qui est dans "le faire" doit changer. [...] Donc comme ça, ça donne la possibilité de ne pas être que dans "le faire" avec les résidents, mais aussi dans "l'être avec", et c'est ça le plus important. Ça c'est un cadre adéquat pour une prise en charge adaptée en EMS car on peut prendre en considération les besoins et les valeurs du résident. Et surtout on sort du "faire à la place de" ».*

#### 6.4.2. Rôles sociaux

J'ai demandé à chacun de développer leur vision des rôles sociaux que tenaient encore selon eux les résidents qui vivaient en EMS. Selon moi, les développements qu'ils ont alors présentés vont dans le même sens qui peut être défini comme la transmission de valeurs ou encore comme une marque du passé. Par contre, il s'avère, à travers une analyse de leurs propos imagés, que ces derniers reflètent souvent une vision duale entre une relation « soigné-soignant », « résident-professionnel », comme l'illustre un passage d'un entretien avec une infirmière : *« Je leur dis souvent qu'elles m'apportent énormément. [...] Parce qu'elles m'apprennent beaucoup au niveau que ce soit philosophie de vie, [...] ça me fait réfléchir, ça me fait avancer, ça me... Ils sont une source de développement pour moi ».*

Un animateur a mis l'accent sur l'expérience acquise par les personnes âgées qui sert de « garde-fou » pour notre société, et qui montre qu'on peut vivre plus simplement. Il parle ensuite de ce que lui apportent personnellement les personnes âgées : *« Elles me permettent de me resituer un petit peu aussi. Elles m'apprennent les valeurs simples de la vie ».* Les pistes qu'ils proposent pour valoriser alors ces rôles spécifiques aux personnes âgées aujourd'hui sont des mettre en œuvre des projets qui mettent en avant leurs expériences et de développer des projets intergénérationnels et familiaux. Une autre animatrice a misé sur les rôles sociaux liés à la famille, plus précisément sur la transmission entre les différentes générations ainsi que la valorisation des liens familiaux. Elle explique que selon elle, les personnes âgées d'aujourd'hui sont les « *gardiens du temple* » envers les petits-enfants et arrière-petits-enfants. Elle donne sa propre définition des rôles sociaux qui permettent à chaque personne de répondre à la question « *qui suis-je ?* » et de transmettre quelque chose de soi-même tout en sachant ce qu'elles ont envie de « *sauvegarder* ». Sa conclusion mérite d'être relevée :

*« Les résidents peuvent nous apporter tout leur savoir, toute leur existence, leur manière d'être, leur savoir-être. Quand vous avez des gens qui sont assis en train de rien faire, mais regardez-les ! C'est un savoir-être qu'on ne sait pas aujourd'hui, sauf si vous allez dans un monastère zen ou dans un dojo faire de la méditation ou des choses comme ça. Le savoir-être revient à la mode, on retourne dans quelque chose de tranquille, qui est de soi, qui est pas de je suis et je fais. C'est pas moi, mon égo, etc, mais le savoir... l'être, l'être en soi. Je disais tout à l'heure au début, développer et se développer et avoir des projets jusqu'au bout, mais c'est de ça qu'on parle. Il y a des gens qui ont peut-être des révélations deux jours avant de mourir. Mais de savoir-être parce qu'ils se sont peut-être oubliés aussi à un moment donné un peu. »*

Les personnes âgées d'aujourd'hui ont perdu des rôles qui étaient autrefois très valorisés, relate un infirmier. Selon ce dernier, elles n'ont plus ce rôle de mémoire et de racines qui les plaçait autrefois au cœur du fonctionnement de la société. Pour illustrer cette remarque, il fait référence à une image symbolique très forte présentée ci-dessous :

*« Le petit enfant c'est le bourgeon, c'est la petite fleur de l'arbre. [...] Le tronc c'est vraiment lié au productivisme, c'est vraiment le gros, c'est la solidité de la société et puis je pense que la personne âgée, ben c'est les racines, c'est celle qui va permettre de transmettre des choses, transmettre des valeurs, transmettre aussi des conneries, je veux dire c'est pas que du bon, mais elle va transmettre les choses. [...] On doit vivre avec le*

*bourgeon et la feuille parce que c'est ce qui fait la photosynthèse, puis en même temps avec les racines parce que c'est celles qui amènent les éléments minéraux du sol. Donc il faut les deux, il faut les deux. Et là nos racines, j'ai l'impression qu'on sait plus où elles sont, on perd cet ancrage dans quelque chose. Elles nous ont handicapées pendant x années hein, on s'est tellement ancré dans des choses étranges qu'on a dû couper le pied. A un moment donné c'est comme ça, il a fallu qu'une société meurt pour qu'une autre repousse, c'est le principe de la forêt. Mais en même temps on doit pouvoir passer d'une racine, les racines ont ce rôle, c'est de transmettre l'élément vital, c'est l'expérience, c'est c'est c'est... la mémoire. [...] Mais je pense qu'effectivement, on a ce problème-là, on a coupé les racines de la mort, ce qui s'est passé depuis le début des années 70 jusqu'à la fin des années 90 à peu près, c'est que toute la problématique de la mort a été camouflée. [...] Et ok, on a arraché avec 68 en gros, cette partie-là maintenant il faut qu'on repousse et qu'on fasse nos racines et tout ça. Et voilà, en même temps c'est une transformation quoi. On doit bouger tout le temps, on peut pas rester statique. Mais qu'est-ce qu'on a comme... à quoi va servir la personne âgée ? Ben peut-être, notre conscience à un moment donné, dire qu'est-ce qu'on va faire d'eux. »*

« Permettre à la personne de garder la capacité de donner et recevoir » est un point figurant dans la mission d'un EMS partenaire. J'ai voulu entendre les professionnels qui y travaillent sur ce sujet. Tous deux ont précisé qu'il s'agissait d'une condition pour qu'une puisse personne puisse « être » et « se sentir exister ». Et il est primordial que résidents et professionnels soient dans ces deux dynamiques de partage, qu'un équilibre se trouve pour et chez chacun. Ils expriment que le « donner et recevoir » de la mission de leur institution est à prendre au sens des relations humaines. Lorsqu'un résident ressent le besoin ou l'envie de donner, il faut lui permettre de le faire car « empêcher le don de quelqu'un entraîne un repli de la personne sur elle-même et met un frein à son épanouissement personnel ».

#### **6.4.3. Liens avec la société**

La favorisation de liens entre la société et les personnes qui vivent en EMS représente un sérieux défi pour les professionnels rencontrés car comme ils le formulent : « *c'est difficile parce que la société met au rebut ce qui n'est plus utile, on se retrouve vite sur la touche* », « *ils (ndlr : les résidents) représentent quand même la fin de la vie, la dépendance, la mort : tout ce que la société ne veut pas voir actuellement* ».

Un infirmier explique que des réticences sont émises de la part des deux parties car les personnes âgées réduisent petit-à-petit leur champ visuel du monde et de la société. Il s'agit d'un « lâcher-prise » normal dans le processus de la fin de l'existence car l'individu a besoin de se recentrer sur soi et sur son départ. Cela est alors contradictoire avec le fait d'être un acteur social qui implique de s'ouvrir sur le monde et l'extérieur.

**Synthèse :**

Le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux semble ne pas être connu de la part des six professionnels rencontrés. Sa formulation en tant que telle n'évoque de plus pas grand-chose chez eux qui ont peine à s'exprimer sur le sujet alors qu'ils l'avaient déjà abordé pour la plupart plus tôt dans l'entretien. Après avoir expliqué en quelques mots les principes de la VRS, les animateurs ont tous insisté sur le fait que les personnes doivent être considérées au-delà de leur statut actuel de résident, les infirmiers ont élargi le champ de réponse en amenant des éléments tels que l'image du soignant qui est dans le « faire à la place », une continuité dans la vie du résident entre « l'avant EMS » et le « pendant EMS » ou encore la complexité de maintenir la personnalité d'une personne souffrant de démences.

Les rôles sociaux des personnes accueillies en EMS sont, selon les professionnels que j'ai rencontrés, liés à la transmission et aux racines tant à un niveau sociétal que familial. Trois professionnels (une infirmière et deux animateurs) ont eu de la peine à se distancier des rôles sociaux des résidents et s'exprimaient sur ce que les résidents leur apportaient personnellement.

Il ressort de la majorité des entretiens que les personnes vivant en EMS sont en marge de la société actuelle car elles véhiculent des images reniées par cette dernière. En tant que résidentes d'EMS, elles se retrouvent dans une identité socialement dévalorisée et sont donc particulièrement vulnérables à la marginalisation. Les personnes accueillies en EMS représentent alors un public cible et typique auquel s'adresse la VRS.

## 6.5. Animation socioculturelle

### 6.5.1. Fonction au sein d'un EMS

Les fonctions de l'animation socioculturelle en EMS sont présentées ci-dessous pour chacune des six personnes interrogées. D'autres visions liées également à l'animation en EMS y sont ajoutées car elles complètent pertinemment les rôles qui sont cités.

- A1 :** L'animation socioculturelle a des fonctions multiples telles que la favorisation de liens entre les résidents ainsi qu'avec l'extérieur. Elle a également un rôle d'accompagnement individuel adapté à chaque personne. *« Aller vers la société, donc aller à l'extérieur, mais aussi faire venir les gens à l'intérieur. »*
- A2 :** Le but de l'animation est de permettre d'inclure au maximum les résidents dans tout ce qui est possible de faire dans leur journée, dans la vie de l'EMS. C'est donc un travail et une remise en questions quotidienne pour que les résidents ne deviennent pas des *« assistés »* mais qu'il soit *« acteur de leur existence »*.
- B1 :** Mettre les gens en lien entre eux et avec eux-mêmes. L'animation est actuellement à un carrefour car *« l'animation individuelle commence à prendre pied, je pense qu'il y a un travail de réflexion qui doit pouvoir aller plus loin là-dedans »*. Cet infirmier avoue avoir un rêve *« pieux »* qui n'est actuellement pas réalisable car *« ce n'est pas le même porte-monnaie »* : *« La prise en charge de la personne doit être pensée en tenant compte qu'elle a besoin d'aide pour fonctionner dans la journée, ça veut dire hygiène, habillage [...]. C'est de l'annexe encore, c'est pas le but en soi, mais après qu'est-ce qu'il compte pour la personne ? C'est qu'est-ce qu'elle va faire de la journée [...]. Donc je pense que ce qu'il faudrait pouvoir, c'est inverser les choses. C'est-à-dire que la prise en charge de la personne soit liée beaucoup plus par des équipes d'animation dans lequel vont se greffer des soignants, et pas comme on est actuellement : des équipes de soignants dans lesquels on va greffer des animatrices »*.

Il est particulièrement intéressant que ces propos soient mis en avant par un infirmier, d'autant plus que ce dernier est particulièrement critique par rapport au discours sur l'autonomie, la citoyenneté ou encore la prise de décisions possible des résidents en EMS. Il pense que l'accompagnement des résidents est amené à évoluer et propose des pistes d'actions, tout comme le directeur et l'animatrice responsable de cet EMS.

- B2 :** Les rôles de l'animation sont de *« valoriser la personne, favoriser l'autonomie, permettre à la personne d'exister, d'avoir des projets, et de vivre et d'être en vie et vivant jusqu'au bout. »*. Elle insiste également sur le fait qu'il est du ressort de l'animation de faire de l'EMS un endroit dans lequel il fait bon vivre ou passer du temps et de donner au fonctionnement institutionnel *« une dynamique de petite ville »*.

L'animation est en perpétuelle évolution en fonction *« de ce qu'on nous demande, de ce qu'on voit, de ce qu'on ressent, de ce qui est en face de nous »*. Cela implique que c'est une réflexion de tous temps pour les professionnels qui ne doivent pas tout le

temps être « *dans le faire* ». Cette animatrice affirme que l'animation doit désormais se concentrer sur un accompagnement individuel et dans les étages.

- C1 :** L'animation permet aux résidents de s'intégrer dans la vie de la maison. « *L'animation, c'est un pont vers une porte qui ouvre toutes les autres portes. Ce n'est pas un travail mesurable ou qui se voit puisque c'est un travail sur le lien, sur le contact. C'est un cheminement qui n'est pas visible pour l'extérieur* ».

L'accueil qui est réservé à un résident qui arrive en EMS est primordial, « *tant pour lui que pour sa famille parce que généralement, tout s'est passé très vite et ils n'ont pas eu le temps de s'y préparer* ». L'adaptation se fait durant plusieurs mois, et il devient ensuite possible de tisser quelque chose avec lui dans sa nouvelle vie. L'animation a un rôle majeur dans ce processus, elle évalue chaque situation.

- C2 :** Les rôles de l'animation « *d'être là, présent et disponible pour les résidents. Être flexible en fonction des demandes et des besoins de la personne. Garder les liens du résident et les cultiver. Permettre l'expression de l'identité de chacun* ». Cette animatrice pense qu'elle est un repère pour les résidents qui savent vers qui ils peuvent se tourner pour échanger. De plus, les animateurs doivent dégager quelque chose de vivant : « *quand on croise quelqu'un dans un couloir, il se passe quelque chose. Mais ce quelque chose on l'apprend pas dans les livres, on le porte en nous je pense* ». Le but de l'animation n'est pas que de proposer des animations, mais de trouver quelque chose avec le résident qui lui convienne. Cette professionnelle estime qu'elle fait de l'accompagnement avant tout. Elle explique que « *le fait que notre cheffe soit aussi la responsable des soins, je n'y vois que du positif. Elle défend l'animation au sein de toute la maison, donne de la crédibilité à notre travail donc on n'est pas obligé de se justifier. Ici on nous donne les moyens et une place, ça motive. La diversité de notre équipe est notre point fort, chacun a une couleur et la transmet à travers ses animations. Chacun a son identité d'animateur, ses spécialités. On est dirigé dans l'équipe par notre responsable mais chacun est très autonome* ».

### 6.5.2. Notion de participation active

Des exemples concrets d'animations mises en place au sein de leurs structures qui favorisent une participation active de la part des résidents ont été présentés par les trois animateurs, une infirmière a également cités des activités spécifiques telles que la réalisation de décorations saisonnières ou l'implication des résidents dans la rédaction du journal de l'EMS. Les animateurs ont tous déclaré que certaines personnes étaient dans la demande pour participer au maximum à la réalisation de tâches spécifiques à la gestion propre d'animation. Ils pensent qu'il faudrait plus développer ce genre de participation car « *certaines résidents souffrent de ne plus pouvoir se rendre utiles* » ou « *d'accomplir des tâches liées à la vie quotidienne* ». Voici plusieurs activités exposées par les animateurs et qui offrent la possibilité aux résidents qui le souhaitent de participer activement à l'animation de l'EMS : faire des courses pour le service animation, tenir une petite épicerie au sein de la structure, organiser des rencontres avec le service de la cuisine, aller chercher des branches en forêt pour des



décorations lors de fêtes institutionnelles, mettre et débarrasser les tables lors de manifestations diverses, mises sous plis de courriers,...

**Synthèse :**

Chaque interlocuteur a parlé avec aisance de l'animation socioculturelle au sein d'EMS et a su se positionner face aux évolutions qu'elle subit ou est amenée à subir. Il ne ressort pas de leurs discours de réserves quant aux bénéfices de l'animation au sein de structures telles que les EMS.

Quant aux rôles de l'animation socioculturelle, les trois infirmiers ont tous développé la notion du lien entre les résidents, entre les résidents et l'extérieur. Deux d'entre eux caractérisent le métier comme un travail sur le lien. Une d'entre eux a parlé de faciliter l'intégration du résident dans la maison, l'animatrice travaillant dans la même structure a également soulevé ce point. Un autre infirmier a parlé du développement incontournable de l'animation individuelle sur les étages, fait également rapporté par l'animatrice de la structure. Nous constatons donc que le concept d'animation propre à chaque EMS est reconnu par tous. Cela signifie également que des réflexions ont lieu à un niveau institutionnel.

Selon les trois animateurs, certains résidents sont dans une position de demande face à une implication de leur part dans la vie de la maison. Selon eux, il est possible de répondre à leurs demandes en incluant au maximum les résidents dans les tâches de la vie institutionnelle quotidienne.

## 6.6. Vision du rôle professionnel

Les personnes rencontrées travaillant dans un champ professionnel médico-social, j'ai voulu savoir comment ils se positionnaient dans ces deux dimensions et quelles visions générales ils avaient de la profession qu'ils exerçaient.

- A1 :** « *Je vous cache pas que infirmière dans un EMS n'a pas bonne presse dans le milieu infirmier, eh, ça change un petit peu mais c'est encore relatif* ». Beaucoup de personnes ne comprennent pas qu'on accompagne une personne dans la fin de sa vie et qu'on ne traite pas une maladie, « *c'est différent, là on place le côté social au premier plan* ».
- A2 :** « *Les résidents ne sont pas en-dessous de moi et moi au-dessus et je sais ce qu'il leur faut. Ils sont au même niveau, voire même au-dessus. Et puis on les considère tous. On est à leur service, nan mais c'est vrai, on est à leur service, faut juste pas l'oublier. C'est ma philosophie, c'est malheureux, enfin pas tout le monde qui travaille en EMS pense comme ça non plus à voir le comportement, à voir des attitudes des fois. Ouais, on n'est pas vraiment à leur service dans certaines situations, enfin quand je vois. Et ça me fait..., c'est difficile à vivre. Voilà* ».
- B1 :** Cet infirmier explique qu'il ne définit pas son métier comme « *guérir des personnes* » mais comme « *prendre soin de personnes qui ne peuvent plus prendre soin d'elles-mêmes* ». Il dit qu'un point qui relie l'animation et les soins, c'est le fait que les actes ne peuvent pas être mesurés, « *c'est qu'un outil notre profession, c'est pas une fin en soi* ».
- B2 :** Cette personne définit sa profession comme étant de « *l'animation avec un aspect d'accompagnement-soignant* ». Elle relate que son métier d'animatrice en EMS est « *très complexe, très large où il faut une grande capacité d'adaptation et qui n'est pas assez reconnu à sa juste valeur* ».
- C1 :** « *Mais en fait je suis pas du tout infirmière ici !* » (rires) Elle conclue que les personnes qui viennent vivre en EMS ne sont pas toutes malades, parfois certaines ont besoin de soins, mais majoritairement elles ont besoin d'être entourées pour la dernière période de leur vie.

**Synthèse :**

La notion d'accompagnement revient dans les propos des professionnels rencontrés. Les infirmiers expliquent que leur profession diffère d'un infirmier travaillant dans un hôpital. La formation d'aujourd'hui met moins l'accent sur l'infirmier-hospitalier mais plus sur le rôle d'accompagnement dans la profession. Les animateurs relatent quant à eux comment ils vivent leur profession au sein d'un EMS. Dans le discours de deux d'entre eux, nous pouvons ressentir une légère frustration d'ordre différente. Un explique que selon lui, les professionnels sont au service des résidents mais que ses collègues ne sont pas tous de son avis, une autre animatrice pense que son métier n'est pas reconnu à sa juste valeur.

Au final, nous pouvons conclure que les professionnels s'accordent pour dire qu'ils n'exercent pas une profession médicale mais bien médico-sociale et la majorité sont d'avis que l'aspect social prédomine.

## **6.7. Vérification des postulats**

### **6.7.1. Postulat 1**

**L'EMS est un lieu de vie qui permet de considérer le résident comme une personne à part entière.**

Cette affirmation comporte deux dimensions – « lieu de vie » et « résident comme une personne à part entière » – qu'il convient de séparer afin d'en parfaire la vérification.

Le fait que l'EMS est un lieu de vie est infirmé par un seul professionnel médical, qui nuance ses propos en faisant une distinction entre le terme politico-économique et le terme institutionnel. Au final, les six professionnels rencontrés identifient l'EMS dans lequel ils évoluent professionnellement comme un lieu de vie, cependant aucun ne précise que ce lieu de vie appartient en premier lieu aux résidents. Cette première partie du postulat s'avère être affirmée au terme de cette recherche.

Le fait que ce lieu de vie permette à chaque résident de s'affirmer comme une personne à part entière est néanmoins contesté en partie. Même si les professionnels estiment que chaque résident est unique au sein d'une structure collectivisée, le fait qu'ils ne puissent accomplir tous les gestes qu'ils souhaiteraient dans la conduite de leur quotidien et n'ait qu'une faible influence décisionnelle ne permet pas d'affirmer qu'eux-mêmes puissent se considérer comme personne à part entière dans un tel fonctionnement.

Ce postulat montre alors qu'un lieu de vie n'implique pas pour autant que chaque personne puisse y mener son existence de manière singulière, mais doit entrer dans une logique institutionnelle. Cela peut expliquer le fait que tous les résidents n'arrivent pas toujours à s'approprier leur nouveau lieu de vie.

### **6.7.2. Postulat 2**

**L'animateur socioculturel peut utiliser le concept de Valorisation des Rôles Sociaux comme outil participatif en EMS.**

Même si le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux n'est pas toujours connu des personnes rencontrées, tous la véhiculent dans leurs valeurs professionnelles. Ils attribuent aux personnes accueillies en EMS des rôles sociaux mais ont de la peine à se distancer d'une vision « professionnel – résident ».

Les professionnels rencontrés jugent tous que la prise en charge des besoins des résidents au moyen de services collectifs les décharge des rôles domestiques et familiaux. La construction et l'estime de soi sont alors déstabilisées puisque les rôles sociaux définissent en grande partie l'identité d'une personne.

La Valorisation des Rôles Sociaux en EMS est un moyen de valoriser l'identité de chaque résident au sein de la vie collective. Pour cela, l'animation socioculturelle peut travailler sur l'autodétermination et la prise de décisions des résidents afin qu'ils puissent participer activement tant au niveau de leur propre existence qu'au niveau de la vie institutionnelle.

Ce postulat est affirmé, la Valorisation des Rôles Sociaux offrant plusieurs portes d'entrée à l'animation socioculturelle pour donner à chaque résident un rôle à jouer soit au sein de la maison soit dans la conservation de rôles domestiques et familiaux. Les professionnels peuvent s'appuyer sur les dimensions suivantes de la VRS afin d'encourager la participation des résidents qui sont au centre des actions qui en découlent :

- **La compensation positive**  
Elle permet aux résidents d'accomplir des rôles sociaux valorisés.
- **Le modèle développemental et l'amélioration des compétences personnelles**  
Ce modèle repère et valorise les ressources propres à chaque personne et contribue à les mobiliser et les développer. L'individualité de chacun est respectée et valorisée.
- **L'intégration sociale**  
Elle permet à chacun d'être un citoyen à part entière.

### ***6.7.3. Liens entre les deux postulats***

Au final, nous remarquons que le second postulat entretient un rapport étroit avec le premier avançant la singularité de chaque résident. La Valorisation des Rôles Sociaux amenant une meilleure reconnaissance du caractère individuel de chaque résident, son application en EMS (second postulat) modifie la perception du résident comme personne à part entière (premier postulat).

## 7. RÉSULTATS DE L'ANALYSE

Les résultats obtenus à travers l'analyse des entretiens sont révélateurs de certains fonctionnements institutionnels favorisant ou non une participation possible des résidents. Les professionnels estiment en tout cas que le chemin à parcourir en ce sens est encore long. Tous affirment que les EMS sont amenés à subir des changements institutionnels conséquents ces futures années. Certains d'entre eux ont soulevé des modifications architecturales indispensables, tandis que d'autres ont exprimé que l'accompagnement de manière globale va subir de grandes remises en questions face à une nouvelle génération, plus revendicatrice, qui va bientôt entrer en EMS. Un infirmier a même avoué que selon lui, c'est tout le système qui va devoir s'adapter à la population accueillie, à la nouvelle loi relative aux droits du patient. Selon l'EMS auquel il est affilié, qui s'avère être précurseur dans bien des domaines (accueil du résident, place de l'animation, engagement des professionnels, architecture suite à des rénovations, rythmes quotidiens laissés aux résidents), l'avenir de la prise en charge des personnes accueillies en EMS réside dans une restructuration des services qui se présentera comme suit : les équipes présentes sur les étages seront composées d'animateurs dans lesquels viendront se greffer du personnel soignant à certains moments de la journée pour dispenser aux personnes qui en ont besoin des soins ou un accompagnement. Une telle vision va dans le sens des propos tenus par les autres professionnels qui estiment que l'accent devra être mis sur de l'animation-accompagnement et sur des offres individuelles. Même les membres du personnel soignant estiment que leur profession va au-delà de l'aspect médical, « *c'est prendre soin de la personne parce qu'elle ne peut plus prendre soin d'elle-même* ». Dans ce sens, il est ressorti des entretiens la nécessité de personnaliser, autant que faire se peut, tous les gestes et les actions pour lesquelles le résident a besoin d'aide (hygiène, habillage) afin que chaque personne puisse se sentir vivre et se sente considérée comme un individu à part entière. Il faut ensuite permettre à chacun de vivre sa journée telle qu'il le souhaite, en fonction de qui il est et qui il a envie de devenir. Les points alors relevés pour définir qui ils sont et vont devenir tournent autour du savoir-faire et du savoir-être. Le savoir-faire pour être impliqué et pouvoir s'identifier dans ce nouveau lieu dans lequel on vit, et le savoir-être pour définir comment on veut y vivre.

La Valorisation des Rôles Sociaux permet à chacun d'être qui il est et d'aller là où il veut dans une dynamique volontaire et participative. Elle permet à toute personne d'être reconnue à sa juste valeur et cela est indispensable pour avoir envie de s'investir en tant que résident, en tant que « citoyen d'un EMS ». Et même si cinq professionnels sur les six rencontrés estiment que les adultes âgés accueillis en EMS peuvent être considérés en tant que tels, tous relèvent qu'au niveau du principe décisionnel lié à leur prise en charge ou à la structuration de leur journée, ils n'ont que peu d'espaces d'expressions ou de possibilités pour qu'ils en soient réellement les acteurs.

Suite à cette analyse, nous constatons que certains éléments intéressants ont été mis en lumière et permettent de répondre à la question de recherche qui, pour rappel, était formulée de la manière suivante : « Dans quelle mesure le concept de la Valorisation des Rôles Sociaux encourage la participation des personnes âgées vivant en EMS, du point de vue des professionnels ? ». En effet, le fait d'élaborer pour chaque résident un accompagnement individualisé et adapté qui s'inspire du concept de la Valorisation des Rôles Sociaux permet un travail interdisciplinaire dans lequel le résident est impliqué. Il devient acteur principal de son existence en EMS, des choix qui en découlent et de la place qu'il souhaite y prendre. C'est un outil dans lequel il peut prendre part dans le but de définir qui il est et qui il souhaite devenir.

## 8. PISTES D'ACTION

Les pistes d'action énumérées ci-dessous sont le fruit d'une mise en commun des aspects théoriques présentées dans la première partie de cette recherche et de l'analyse qui a été faite suite aux rencontres du terrain.

L'accueil du résident est primordial et les professionnels doivent prendre du temps avec ce dernier pour qu'il puisse s'intégrer rapidement dans la structure, cela dans le but qu'il puisse s'approprier son nouveau lieu de vie. Cela est en effet une condition sine qua non pour qu'il puisse s'émanciper dans une continuité identitaire et afin qu'il ne « subisse » pas le lieu mais qu'il le fasse vivre selon ses envies et sa personnalité.

Pour que chaque résident puisse se sentir considéré comme une personne unique et à part entière, il est nécessaire qu'il soit acteur des décisions qui le concernent et acteur des actes de la vie quotidienne. Cela représente certainement le grand défi des futures années pour les professionnels travaillant en EMS. Chaque professionnel, à travers les actions spécifiques qui caractérisent sa profession, doit placer le résident au centre en l'incluant le plus possible dans la vie quotidienne de la maison. Pour cela, il est indispensable que son regard sur les personnes accueillies change, ainsi que la vision qu'il a de son métier.

A travers l'ensemble de cette recherche, il apparaît que les aspects relationnels sont primordiaux et reflètent certainement les premiers besoins à devoir être comblés chez une personne accueillie au sein de structures telles les EMS. Par cela, on entend le fait de se rendre utile, de pouvoir se rencontrer, ou encore de pouvoir se sentir chez soi. Ce sont-là des éléments qui peuvent donner un sens à la vie.

Les points développés ci-dessus peuvent être les résultantes de l'application de la Valorisation des Rôles Sociaux. En effet, ce concept permet non seulement de travailler sur l'identité et l'individualité de chaque personne, mais également de travailler sur des objectifs groupaux, sans négliger la part de responsabilité de chaque personne ayant un lien avec l'institution. Voici des pistes d'application de la VRS pour le domaine des EMS qui s'appuient sur les différentes dimensions de cette théorie :

- **Le rôle du conscient et de l'inconscient**

Afin que le regard que porte la société sur les personnes âgées accueillies en EMS évolue, il faut dans un premier temps que les jugements négatifs des professionnels travaillant dans ces structures changent. Par des formations sur l'accompagnement des personnes âgées, les professionnels sont amenés à réfléchir sur les fonctionnements de leur service qui dévalorisent le statut d'adulte âgé afin d'y remédier par des actions conscientes de valorisation.

- **La pertinence des attentes et de la circularité des rôles**

La structure dans son ensemble est pensée de sorte que les personnes qui y vivent puissent s'épanouir dans le plus grand nombre de domaines possibles en accomplissant des rôles sociaux valorisés.

- **La compensation positive**

Les professionnels doivent placer les résidents dans des statuts positifs et valorisés afin d'éviter le mécanisme de la dévalorisation. Cette dimension, en travaillant avec un individu, a des répercussions positives sur l'entier d'un groupe donné.

- **Le modèle développemental et l'amélioration des compétences personnelles**

Chaque personne accueillie possède en elle des ressources qu'elle peut mobiliser si le personnel la considère comme un individu à part entière. La structure doit être pensée afin que chaque résident puisse mobiliser ses propres ressources.

- **La dynamique et la pertinence des images sociales**

Les messages véhiculés par chaque secteur doivent contribuer au fait que les personnes âgées accueillies en EMS soient présentées de manière positive.

- **L'intégration sociale**

Chaque résident doit avoir la possibilité de garder un lien valorisé avec la société, d'être en contact avec des personnes non-dévalorisées, et de participer à des événements non stigmatisant.

La notion de VRS est actuellement une méthode de travail utilisée dans le monde de l'éducation sociale. Elle pourrait néanmoins être élargie au domaine de l'animation socioculturelle. En effet, une composante primordiale de cette profession est, comme expliqué précédemment, la notion de participation active qui rejoint étroitement les valeurs préconisées par la VRS. Appliquer un tel concept dans les EMS permet de proposer aux personnes accueillies un accompagnement allant au-delà d'une prise en charge médicalisée. La VRS est un outil qui permet un accompagnement identitaire de la personne pour reconnaître qui elle est à ses yeux et aux regards des autres, et aussi qui elle désire devenir.



## 9. BILAN DE LA RECHERCHE

Les principaux objectifs de cette recherche étaient d'identifier les fonctions et les objectifs de l'animation socioculturelle au sein d'EMS, de vérifier la possible application du concept de la Valorisation des Rôles Sociaux dans de telles structures en visant la participation active des résidents, tout en repérant les limites interdisciplinaires.

Au regard de ces différents objectifs qui sont atteints chacun à un niveau différent, il en découle que l'ensemble de ce travail de recherche est cohérent et que les résultats obtenus sont intéressants. En effet, si la pertinence de développer un tel concept avec les adultes âgés vivant en EMS est démontrée, sa réelle application à un niveau institutionnelle a été plus complexe à prouver. Tout au long de ce travail, j'ai rencontré certaines limites qu'il est important de relever. Les propos tenus par les personnes interrogées sont leur vérité. Les six professionnels rencontrés ne me permettent aucunement de tirer des généralités sur les résultats obtenus ni de faire ressortir de profils-types. De plus, les trois EMS qui ont participé à cette démarche ne permettent pas d'avoir une vue représentative de ce type de structures, d'autant plus que ces derniers ont initié une véritable réflexion sur le sujet. Cela laisse alors transparaître une vision particulière, engagée, qui n'est probablement pas généralisable à tous les EMS.

Je tiens à insister sur le fait que ce travail de recherche n'est qu'un début de réflexion qui mériterait d'être développée en agrandissant considérablement le terrain ainsi que l'échantillon de recherche. Le nombre d'entretiens menés a rendu difficile un croisement de données entre les deux professions permettant d'en tirer des comparaisons. Il est apparu quelques tendances mais qui ne peuvent être présentées comme résultats. Par exemple, il n'a guère été possible de démontrer si les propos des infirmiers avaient tendance à aller dans un sens et ceux des animateurs dans un autre, hormis pour quelques dimensions. Toutefois, la tendance montrant que les discours avaient une cohérence institutionnelle et non professionnelle semble se dégager, mais il est impossible, au regard des trois EMS approchés, d'en tirer des généralités.

La rédaction de l'analyse a confirmé la pertinence des thèmes abordés en entretiens et de leurs enchaînements. La précision de la grille d'entretiens a certainement contribué à la richesse des informations alors obtenues ; les éléments apportés par les interlocuteurs étaient denses et il fallu en sélectionner les bribes les plus essentielles.

Un tel travail nécessite de passer par diverses évolutions, de réorientations afin que la recherche soit la plus pertinente possible. Ce travail en a subi plus d'une pour être présenté dans sa forme actuelle comme travail de Bachelor qui se veut être une initiation à un travail de recherche.

## 10. BILAN PERSONNEL ET PROFESSIONNEL

Je suis satisfaite de la teneur finale de ce travail, mais surtout du chemin parcouru pour y arriver. Au terme de ce parcours, je constate non seulement que j'ai atteint les objectifs que je m'étais fixés en termes d'apprentissages et de délais, mais je remarque surtout avoir pris plaisir à réaliser cette recherche et la termine avec très peu de sentiments de frustration. Je me suis surprise plus d'une fois à m'investir avec satisfaction dans les différentes tâches qui y incombent. Même si je me suis sentie plus à l'aise dans la rédaction de la partie théorique, j'ai particulièrement apprécié la seconde partie de ce travail qui m'a ouvert des pistes d'actions et de réflexions. Je me suis cependant parfois quelque peu égarée dans la partie analyse car je souhaitais au maximum, par souci de fidélité, retranscrire au plus près les dires de mes interlocuteurs et surtout ne pas perdre la quantité d'informations récoltées. Je me suis alors retrouvée dans une posture de description et non d'analyse que j'ai su rectifier en prenant une certaine distance avec les professionnels que j'ai rencontrés. De même, j'ai remarqué suite à mon premier entretien avec un animateur que j'avais eu tendance, au fil de la discussion, à ne plus porter ma casquette d'enquêtrice mais celle de professionnelle de l'animation qui échangeait sur les pratiques du métier. Le fait que je l'ai remarqué rapidement m'a permis de travailler cela avant de rencontrer les autres animateurs. Ma posture d'enquêtrice a certainement été plus adéquate lors des entretiens suivants, mais je pense que ma position d'animatrice socioculturelle en EMS a été un biais lors de l'analyse. Je me suis souvent retrouvée à comparer les propos de mes interlocuteurs avec mes pratiques professionnelles quotidiennes. Je pense que cela est, d'une certaine manière, incontournable, mais le fait d'en avoir pris conscience assez rapidement a permis que je mesure quelques fois mes écrits et que je modifie mon regard de chercheuse. Je pense que tout cela s'explique en partie par le fait que j'ai choisi un thème de recherche ancré au plus près de la pratique professionnelle et aussi que j'avais des attentes non seulement scolaires mais également professionnelles face à l'élaboration de ce travail de Bachelor.

Au terme de ce long processus, parfois laborieux, je constate que je me suis donnée les moyens pour mener ce travail comme je le souhaitais. Je remarque qu'avec des objectifs et des envies précis, je suis capable de m'investir pleinement dans ce que j'entreprends, même si ce travail ne reflète pas les domaines dans lesquels j'ai le plus d'aisance. Ce travail m'a permis de réaliser que je dois donner un sens à ce que je fais avant de pouvoir l'entreprendre, ma directrice de TB m'a été d'un soutien précieux en ce sens. J'ai également appris à mettre des priorités, cela est incontournable dans une telle démarche afin de rester centrée sur sa globalité. Il ne m'a pas toujours été facile d'accepter le fait que mon travail possède quelques lacunes, et que même si certaines réflexions ou prises de recul m'ont ouvert quelques pistes d'améliorations, je dois être satisfaite du chemin parcouru et savoir y mettre un terme.

## 11. CONCLUSION

Les deux principales parties de ce travail montrent que l'application de la VRS n'implique pas forcément de passer par le monde de l'emploi. La reconnaissance sociale peut donc être définie au-delà de critères professionnels et productifs. Valoriser une catégorie de personnes âgées passe alors par des notions d'autodétermination ou de pouvoirs de décisions. Les personnes âgées sont souvent réduites à un modèle restreint de « gentils petits vieux » au regard de la société. La Valorisation des Rôles Sociaux des adultes âgés vivant en EMS est étroitement liée à la notion de personne et de son identité dans la vie collective. Ce concept permet de travailler sur l'individu et avec l'individu, dans une dynamique de groupe ou non. La VRS est donc un moyen de valoriser chaque personne telle qu'elle est, telle qu'elle se dit être. La notion de participation est propre à chacun, tout comme la notion de citoyenneté. Chaque résident doit donc pouvoir avoir sa propre manière d'agir en tant que « citoyen de l'EMS ». La Valorisation des Rôles Sociaux permet à la personne de ne pas être évaluée en fonction de son taux de participation aux animations proposées au sein de l'EMS.

Les EMS sont amenés à subir des évolutions ces futures années. Mais c'est aux établissements de s'adapter aux personnes âgées accueillies – et non l'inverse – en rendant les structures souples et agréables ; en favorisant les innombrables microdécisions qui permettent l'équilibre de chacun ; en respectant l'individualité de chacun. Ce sont là des éléments qui garantissent aux personnes âgées qu'elles sont dans l'établissement pour y vivre en y étant considérées et entendues, quel que soit leur degré de handicap ou de dépendance. Les résidents doivent être acteurs dans la conduite et l'organisation de leur vie et doivent pouvoir créer un monde personnel au sein de leur vie en collectivité. Ils doivent avoir la possibilité de conserver ou préserver leur identité sociale et personnelle dans leur nouveau statut de résident d'un EMS. Ils doivent pouvoir être des citoyens heureux, libres et respectés. Seul cet objectif peut donner, dans notre société, un sens au travail du personnel en EMS. Le rôle de chaque professionnel travaillant en EMS est de permettre à chaque résident de ne pas subir l'institution mais de la faire vivre.

Les EMS cherchent actuellement à se rapprocher de milieux de vie ordinaire en assurant une continuité entre la vie à domicile et la vie en institution, c'est certainement dans ce sens-là qu'il faut envisager la définition des lieux de vie. Cette notion de lieux de vie doit également inclure privé et public, collectif et intime. Etre chez soi inclut le fait de pouvoir s'approprier la vie quotidienne. Ce rôle doit absolument être maintenu et ne plus être assuré par des moyens de services collectifs car rôles et identité entretiennent d'étroits rapports.

L'entrée en institution est bien plus qu'un simple déménagement, elle exige une reconstitution de la vie quotidienne dans deux dimensions essentielles : l'espace et le temps. « *Pour les personnes âgées, le double enjeu de la maison de retraite est là : s'approprier l'espace et occuper son temps* » (MALLON, 2005, p. 54). Ces deux notions ne vous rappellent-elles pas quelque chose ?

**« L'animateur socioculturel est un créateur d'espaces de temps et de lieux qui favorisent la rencontre<sup>4</sup> ».**

---

<sup>4</sup> Citation tirée de la conférence « *L'animation socioculturelle, une plus-value pour notre société* » de M. Gillet lors des Anim'Actions du 27 avril 2012 à Sierre: *L'animation socioculturelle participe à la vie locale*.

## 12. SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES (SELON CATÉGORIES)

### Livres, monographies, ouvrages

ALLEGRE E., GASSIER J., *85 fiches d'animation pour les personnes âgées. Aide-soignant / Animateur*, Elsevier Masson, 2011

CARON R., *Comprendre la personne âgée*, Interventions psycho-sociales Les personnes, Gaëtan Morin Editeur, 2000

CHARPENTIER M., *Priver ou privatiser la vieillesse. Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales, Presses de l'Université du Québec, 2002

GILLET J.-C., *Animateurs et animation : le sens de l'action*, L'Harmattan, 1995

GOFFMAN E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Editions de Minuit, 1968

GOFFMAN E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, 1975

HARTWEG C., ZEHNDER G., *Animateurs et animation en établissements pour personnes âgées*, Pratiques gérontologiques, Editions érès, 2003

HESSE H., *Eloge de la vieillesse*, Editions Calmann-Lévy, 2000

HONNETH A., *La lutte pour la reconnaissance*, Passages, Cerf, 2000

MALLON I., *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Collection Le Sens social, Presses Universitaires de Rennes, 2005

MOSER H., MULLER E., WTTSTEIN H., WILLENER A., *L'animation socioculturelle. Fondements, modèles et pratiques*, ies éditions, 2004

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., *Manuel de recherche en science social*, Psychologie sociale, Dunod, 2006

ROGERS C. R., *Le développement de la personne*, Dunod, 1996

VERCAUTEREN R., BARRANGER A., VERCAUTEREN M.-C., *Animer une maison de retraite*, Pratiques du champ social, Editions érès, 1995

VERCAUTEREN R., HERVY B., *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*, Manuel des pratiques professionnelles, Pratiques gérontologiques, Editions érès, 2002

VERCAUTEREN R., LORIAUX M., *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées*, Editions érès, 2000

VERCAUTEREN R., PEDRAZZI M., LORIAUX M., *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*, Pratiques gérontologiques, Editions érès, 2001

VEZINA J., CAPPELIEZ P., LANDREVILLE P., *Psychologie gérontologique*, Gaëtan Morin Editeur, 1994

WOLFENBERGER W., *La valorisation des rôles sociaux : Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*, Editions des Deux Continents, 1997

## Dictionnaires

*Dictionnaire de Sociologie*, Encyclopæia universalis, Albin Michel, 2007

MARZANO M., *Dictionnaire du corps*, Quadrige, Presses Universitaires de France, 2007

## Revues, articles

CHAMPVERT P., « L'animation : enjeu de l'évolution des établissements pour personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2001/1 n° 96, p. 137-144

EDMOND M., « L'identité personnelle », *Sciences humaines*, hors-série n°15, janvier 1997

HERVY B., « L'animation sociale avec les personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2001/1 n° 96, p. 9-29

HERVY B., « Vieillesse et vie citoyenne en institution », *Gérontologie et société*, 2007/1 n° 120, p. 127-142

HUOT A., ROBERT F., « Des pratiques à la démarche d'animation en institution pour personnes âgées : points de vue d'un psychologue clinicien et d'une animatrice socioculturelle », *Gérontologie et société*, 2001/1 n° 96, p. 95-110

JOURDAN D. *et al*, « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé publique*, 2012/2 Vol.24, p. 165-178

LE GALL J., « Les personnes âgées en institution : le droit du citoyen est-il respecté ? », *Gérontologie et société*, 2007/1 n° 120, p. 143-151

NOUR S., « La reconnaissance : le droit face à l'identité personnelle », *Droit et société*, 2011/2 n° 78, p. 355-368

VERCAUTEREN R., « La "récré-activité": construction d'un nouveau concept d'animation en établissements pour personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2001/1 n° 96, p. 111-123

*Wellness & Santé magazine* N°46, Automne 2012, Dossier, « Qualité de vie des résidents en EMS », p. 12-18

*Wellness & Santé magazine* N°47, Hiver 2012/2013, Dossier 2<sup>e</sup> partie, « Fonctionnement et avenir des EMS », p. 14-17

## Autres

Charte valaisanne de l'animation socioculturelle, édition 2012

RODUIT S. (dir.), « 2512, L'odyssée de l'animation socioculturelle », Edition à la Carte, Sierre, 2012

## Sites Internet

EESP Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques Lausanne, « Animateur ou animatrice socioculturel-le» <http://www.eesp.ch/bachelor/travail-social/travail-social/animateur-ou-animatrice-socioculturel-le/>, 3 août 2011

Le Nouvelliste, « Le cocon "fourties" pour patients Alzheimer », <http://lenouvelliste.ch/fr/news/edito/le-cocon-fourties-pour-patients-alzheimer-0-230375>, 16 mars 2011

Plateforme romande de l'animation socioculturelle, « Référentiel de compétences des métiers de l'animation socioculturelle », <http://www.anim.ch/referentiel/lecture/index.html>, 6 août 2011

### 13. SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES (SELON ORDRE ALPHABÉTIQUE)

- ALLEGRE E., GASSIER J., *85 fiches d'animation pour les personnes âgées. Aide-soignant / Animateur*, Elsevier Masson, 2011
- CARON R., *Comprendre la personne âgée*, Interventions psycho-sociales Les personnes, Gaëtan Morin Editeur, 2000
- CHAMPVERT P., « L'animation : enjeu de l'évolution des établissements pour personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2001/1 n° 96, p. 137-144
- CHARPENTIER M., *Priver ou privatiser la vieillesse. Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales, Presses de l'Université du Québec, 2002
- Charte valaisanne de l'animation socioculturelle, édition 2012
- *Dictionnaire de Sociologie*, Encyclopæia universalis, Albin Michel, 2007
- EDMOND M., « L'identité personnelle », *Sciences humaines*, hors-série n°15, janvier 1997
- EESP Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques Lausanne, « Animateur ou animatrice socioculturel-le » <http://www.eesp.ch/bachelor/travail-social/travail-social/animateur-ou-animatrice-socioculturel-le/>, 3 août 2011
- GILLET J.-C., *Animateurs et animation : le sens de l'action*, L'Harmattan, 1995
- GOFFMAN E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Editions de Minuit, 1968
- GOFFMAN E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, 1975
- HARTWEG C., ZEHNDER G., *Animateurs et animation en établissements pour personnes âgées*, Pratiques gérontologiques, Editions érès, 2003
- HESSE H, *Eloge de la vieillesse*, Editions Calmann-Lévy, 2000
- HERVY B., « L'animation sociale avec les personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2001/1 n° 96, p. 9-29
- HERVY B., « Vieillesse et vie citoyenne en institution », *Gérontologie et société*, 2007/1 n° 120, p. 127-142
- HONNETH A., *La lutte pour la reconnaissance*, Passages, Cerf, 2000

- HUOT A., ROBERT F., « Des pratiques à la démarche d'animation en institution pour personnes âgées : points de vue d'un psychologue clinicien et d'une animatrice socioculturelle », *Gérontologie et société*, 2001/1 n° 96, p. 95-110
- JOURDAN D. *et al*, « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé publique*, 2012/2 Vol.24, p. 165-178
- LE GALL J., « Les personnes âgées en institution : le droit du citoyen est-il respecté ? », *Gérontologie et société*, 2007/1 n° 120, p. 143-151
- Le Nouvelliste, « Le cocon "fourties" pour patients Alzheimer », <http://lenouvelliste.ch/fr/news/edito/le-cocon-fourties-pour-patients-alzheimer-0-230375>, 16 mars 2011
- MALLON I., *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Collection Le Sens social, Presses Universitaires de Rennes, 2005
- MARZANO M., *Dictionnaire du corps*, Quadrige, Presses Universitaires de France, 2007
- MOSER H., MULLER E., WTTSTEIN H., WILLENER A., *L'animation socioculturelle. Fondements, modèles et pratiques*, ies éditions, 2004
- NOUR S., « La reconnaissance : le droit face à l'identité personnelle », *Droit et société*, 2011/2 n° 78, p. 355-368
- Plateforme romande de l'animation socioculturelle, « Référentiel de compétences des métiers de l'animation socioculturelle », <http://www.anim.ch/referentiel/lecture/index.html>, 6 août 2011
- QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., *Manuel de recherche en science social*, Psychologie sociale, Dunod, 2006
- RODUIT S. (dir.), *2512, L'odyssée de l'animation socioculturelle*, Edition à la Carte, Sierre, 2012
- ROGERS C. R., *Le développement de la personne*, Dunod, 1996
- VERCAUTEREN R., BARRANGER A., VERCAUTEREN M.-C., *Animer une maison de retraite*, Pratiques du champ social, Editions érès, 1995
- VERCAUTEREN R., « La "récré-activité": construction d'un nouveau concept d'animation en établissements pour personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2001/1 n° 96, p. 111-123



- VERCAUTEREN R., HERVY B., *L'animation dans les établissements pour personnes âgées*, Manuel des pratiques professionnelles, Pratiques gérontologiques, Editions érès, 2002
- VERCAUTEREN R., LORIAUX M., *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées*, Editions érès, 2000
- VERCAUTEREN R., PEDRAZZI M., LORIAUX M., *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*, Pratiques gérontologiques, Editions érès, 2001
- VEZINA J., CAPPELIEZ P., LANDREVILLE P., *Psychologie gérontologique*, Gaëtan Morin Editeur, 1994
- *Wellness & Santé magazine* N°46, Automne 2012, Dossier, « Qualité de vie des résidents en EMS », p. 12-18
- *Wellness & Santé magazine* N°47, Hiver 2012/2013, Dossier 2<sup>e</sup> partie, « Fonctionnement et avenir des EMS », p. 14-17
- WOLFENSBERGER W., *La valorisation des rôles sociaux : Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*, Editions des Deux Continents, 1997

## ANNEXE A : GRILLE D'ENTRETIENS

<u>THEMATIQUES</u>	<u>SOUS-THEMATIQUES</u>	<u>QUESTIONS</u>
<b>PRESENTATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonction</li> <li>Institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle fonction occupez-vous ?</li> <li>Pouvez-vous me parler des spécificités générales de votre structure, de son fonctionnement ?</li> </ul>
<b>EMS / INSTITUTION</b> <i>(lieu de vie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vie en collectivité</li> <li>Vision top down</li> <li>Implication familiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment définissez-vous un EMS ?</li> <li>Comment définissez-vous un lieu de vie ?</li> <li>Où placez-vous les résidents dans le fonctionnement institutionnel ?</li> </ul>
<b>PERSONNE / RESIDENT</b> <i>(représentations)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Représentations</li> <li>Besoins</li> <li>Identité / singularité</li> <li>Autonomie</li> <li>Participation active</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvez-vous me parler des personnes qui vivent dans cet EMS, de leur place et rôles dans l'EMS ?</li> <li>Selon vous, quels sont les besoins d'une personne vivant en EMS ?</li> <li>Comment valoriser l'identité de chaque résident ?</li> <li>Comment percevez-vous l'autonomie des personnes actuellement accueillies en EMS ?</li> <li>Selon vous, peut-on affirmer que les résidents sont les « citoyens de l'EMS » ?</li> </ul>
<b>VALORISATION ROLES SOCIAUX</b> <i>(VRS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rôles sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qu'est-ce que la VRS évoque pour vous ?</li> <li>Quels sont les rôles sociaux des personnes âgées en EMS ?</li> <li>Comment valoriser les rôles sociaux des personnes âgées en EMS ?</li> </ul>
<b>DIMENSIONS VRS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le rôle du conscient et de l'inconscient</li> <li>La pertinence des attentes et de la circularité des rôles</li> <li>La compensation positive</li> <li>Le modèle développemental et l'amélioration des compétences personnelles</li> <li>La force de l'imitation</li> <li>La dynamique et la pertinence des images sociales</li> <li>L'intégration sociale</li> </ul>	
<b>ANIMATION SOCIOCULTURELLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonction</li> <li>Participation active</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels sont les rôles de l'ASC en EMS ?</li> <li>Selon vous, existe-t-il des liens entre la VRS et l'ASC ? Si oui, lesquels ?</li> </ul>
<b>ROLE PROFESSIONNEL</b> <i>(perceptions)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profession médico-sociale (?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment voyez-vous votre profession au sein d'un EMS ?</li> </ul>