

TRAVAIL DE BACHELOR POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME BACHELOR OF
ARTS OF TRAVAIL SOCIAL HES-SO

LES LIMITES DE L'AUTODÉTERMINATION DES
PERSONNES ÂGÉES INSTITUTIONNALISÉES EN
EMS

RÉALISÉ PAR ANAÏS VUISOZ & EMILIE LAUBER

BAC21

SOUS LA DIRECTION DE :

KARINE DARBELLAY & JORGE PINHO

REMERCIEMENTS

Nous tenons particulièrement à remercier notre directrice de Bachelor, Mme Darbellay pour son soutien, son temps, ses conseils avisés et son implication sans faille dans notre travail. Nous sommes très reconnaissantes de l'avoir eu à nos côtés et la remercions sincèrement pour la richesse de son accompagnement !

Nous remercions aussi son collègue M. Pinho, qui nous a enseigné tout ce qu'il y avait à savoir quant à la rédaction d'un travail de ce type.

Nous remercions les intervenantes responsables qui nous ont chaleureusement accueillies lors de notre entretien collectif, sans qui nous n'aurions pas pu faire évoluer ce travail. Nous remercions aussi toutes leurs équipes qui nous ont permis de nous intégrer à leur quotidien durant nos observations.

Nous sommes aussi reconnaissantes envers certains membres de notre classe de la Social Team Academy et amis, avec qui nous avons pu échanger à propos de nos travaux et nous encourager les uns les autres.

Nous tenons finalement, à remercier la maman d'Emilie pour sa précieuse relecture qui nous a permis d'aller au bout de ce travail.

AVERTISSEMENTS

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leurs auteures. Nous certifions 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. Nous assurons avoir respectées les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche. Nous certifions également que le nombre de signes de ce document (corps de texte, espaces non compris) est de 126'028 ».

« Pour des raisons de simplifications et pour alléger le texte, ce travail est écrit sous le genre masculin, mais sans discrimination aucune envers les autres genres ».

RESUME

Ce travail de recherche propose de questionner comment l'autodétermination des personnes âgées institutionnalisées peut être encouragée ou freinée. De ce fait, nous nous sommes intéressées à plusieurs axes afin de pouvoir comprendre au mieux tous les déterminants qui peuvent influencer une prise de décision de la part d'un résident. Tout d'abord, nous avons cherché à comprendre comment les différents professionnels hiérarchisent les quatre grands principes des EMS qui sont la gestion des risques (hygiène et sécurité), le bien-être du personnel, l'autonomie et la dignité des personnes accompagnées. Dans cette partie du travail, nos recherches nous ont également amenées à traiter de la singularité des pratiques et de la notion d'excellence professionnelle. Par la suite, notre attention s'est portée sur l'autonomie et l'autodétermination qui sont les sujets phares de nos recherches. Nous avons défini clairement ces deux notions et nous nous les sommes appropriées afin de pouvoir les observer sous l'angle de la personne âgée. Afin de compléter nos bases théoriques, nous nous sommes également intéressées à la notion d'accompagnement et comment celle-ci est mise en place de manière optimale dans les institutions qui accueillent nos aînés. A la suite de cela, nous avons mis en évidence deux hypothèses de compréhension que nous sommes allées vérifier sur le terrain grâce à un entretien collectif semi-directif ainsi que deux observations en activité semi-participatives. Ces divers moments riches en apprentissages nous ont permis de pouvoir effectuer une analyse se déclinant en quatre grands points qui sont : les enjeux de priorisation, les freins et les encouragements à l'autodétermination, la théorie de l'accompagnement confronté à la réalité du terrain et différence hiérarchique entre les secteurs soignants et animation. Cette analyse multidimensionnelle nous a offert une compréhension approfondie de notre sujet et nous a permis d'affirmer et d'infirmer nos deux hypothèses.

MOTS-CLES

Service de l'animation, services des soins, accompagnement, priorisation, hiérarchisation, autodétermination, pouvoir d'agir, collaboration interprofessionnelle, résident, établissement médico-social (EMS), travail social (TS).

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCTION..... | 4 |
| 2. CADRE THEORIQUE | 6 |
| 2.1 LES ENJEUX DE PRIORISATION ENTRE LES PROFESSIONNELS AU SEIN DES EMS | 6 |
| 2.1.1 <i>Les acteurs principaux accompagnant les personnes âgées en EMS.....</i> | <i>6</i> |
| 2.1.2 <i>Des professions à activité prudentielle</i> | <i>6</i> |
| 2.1.3 <i>Des professionnels guidés par leurs expériences antérieures.....</i> | <i>7</i> |
| 2.1.4 <i>Lutttes de définitions de l'excellence professionnelle d'un point de vue sociologique.....</i> | <i>8</i> |
| 2.1.5 <i>Les quatre principes reconnus et priorités par les divers professionnels en EMS.....</i> | <i>9</i> |
| 2.1.6 <i>Hiérarchisation des finalités, moyens et valeurs</i> | <i>9</i> |
| 2.1.7 <i>Exemples de hiérarchisation des finalités, moyens et valeurs en milieu gérontologique</i> | <i>10</i> |
| 2.1.8 <i>Synthèse.....</i> | <i>12</i> |
| 2.2 L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE AGEÉ EN INSTITUTION | 12 |
| 2.2.1 <i>Les représentations de la personne âgée</i> | <i>12</i> |
| 2.2.2 <i>La transition en institution pour la personne âgée.....</i> | <i>13</i> |
| 2.2.3 <i>Les spécificités de l'accompagnement de la personne âgée en institution</i> | <i>14</i> |
| 2.3 AUTONOMIE ET AUTODETERMINATION | 16 |
| 2.3.1 <i>Définition de la notion d'autonomie.....</i> | <i>17</i> |
| 2.3.2 <i>Définition du concept d'autodétermination</i> | <i>18</i> |
| 3. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES | 20 |
| 4. METHODOLOGIE | 21 |
| 4.1 ECHANTILLON..... | 21 |
| 4.2 METHODE DE RECOLTE DE DONNEES | 23 |
| 4.3 ETHIQUE | 25 |
| 5. ANALYSE DES RESULTATS | 27 |
| 5.1 ENJEUX DE PRIORISATION..... | 27 |
| 5.1.1 <i>L'activité prudentielle</i> | <i>28</i> |
| 5.1.2 <i>L'excellence professionnelle de ces activités prudentielles.....</i> | <i>30</i> |
| 5.1.3 <i>Priorisation des quatre principes</i> | <i>32</i> |
| 5.2 LES LIMITES ET LES ENCOURAGEMENTS A L'AUTODETERMINATION | 36 |
| 5.2.1 <i>Ce qui limite l'autodétermination des résidants.....</i> | <i>37</i> |
| 5.2.2 <i>Ce qui encourage l'autodétermination des résidants en EMS</i> | <i>41</i> |
| 5.3 LA THEORIE DE L'ACCOMPAGNEMENT CONFRONTE A LA REALITE DU TERRAIN | 44 |
| 5.4 DIFFERENCE HIERARCHIQUE ENTRE LES SECTEURS SOIGNANT ET ANIMATION | 46 |
| 5.5 DISCUSSION DES HYPOTHESES..... | 50 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6. | CONCLUSIONS..... | 51 |
| 6.1 | LIMITES DE LA RECHERCHE | 51 |
| 6.2 | BILANS..... | 53 |
| 6.3 | PISTES D’ACTION | 54 |
| 6.4 | PERSPECTIVES DE RECHERCHE | 56 |
| 7. | BIBLIOGRAPHIE..... | 58 |
| 8. | ANNEXES | 62 |
| 8.1 | FEUILLE DE SUIVI D’ENTRETIEN AVEC RESPONSABLE SECTEUR INFIRMIER ET ANIMATION | 62 |
| 8.2 | FORMULAIRE DE CONSENTEMENT | 63 |

1. Introduction

Nous avons choisi de traiter du sujet de l'autodétermination dont peut faire preuve une personne âgée institutionnalisée dans un établissement médico-social (EMS). En effet, nous travaillons toutes les deux avec des personnes âgées au sein d'EMS valaisans lors de nos week-ends et nos semaines de vacances. De par nos expériences, nous avons pu constater que le regard de la société et des proches, n'est pas toujours en accord avec la réalité que vivent ces personnes au quotidien. Il y a une tendance à voir uniquement les compétences qui régressent chez la personne âgée, ses manques ou encore ses déficits. On ne met plus en valeur ce qu'elle peut encore faire ou accomplir de manière autonome que ce soit au quotidien dans sa vie ou dans ses projets. Par le biais de nos futures recherches, nous souhaitons démontrer que nos aînés, malgré leurs besoins d'accompagnement et de soins, restent des êtres humains à part entière qui méritent tout autant que nous de pouvoir faire des choix, de pouvoir les exprimer et d'être respectés dans leurs envies. Nous avons déjà eu l'occasion au cours de divers modules proposés à la HES-SO d'évoquer des sujets en lien avec cette population, tels que ; l'âgisme, la marginalisation de nos aînés ou encore de la personne âgée de manière générale avec nos professeurs Mme C. Palazzo et M. E. Solioz. Cela n'a fait que créer en nous une envie encore plus grande d'en savoir plus, à propos de ce sujet et de ces problématiques actuelles. De plus, nous avons pu observer lors de la bourse au stage nous permettant d'accéder à six mois de formation pratique, que la HES-SO Valais-Wallis ne proposait que peu (entre trois à cinq) d'établissements tels que des EMS parmi la liste d'institutions à choix pour les cent-quarante élèves que nous sommes dans notre année. Ce constat nous a permis d'émettre la possibilité que le travail social en EMS est encore peu présent et qu'il y aurait, pour l'avenir, encore des postes ou des services d'animation à créer et à pourvoir afin de faire reconnaître l'importance de la pratique sociale auprès des personnes âgées en EMS.

Actuellement, nous poursuivons toute deux nos cours dans l'option éducation, mais nous avons remarqué lors de nos formations pratiques que le passage d'une profession à l'autre en travail social est facilement accessible, principalement entre le domaine éducatif et le milieu des animateurs socio-culturels. Voilà pourquoi à la fin de notre formation supérieure nous aspirons à travailler et à nous projeter dans un travail au sein d'un service d'animation en EMS.

Nous avons également à cœur de mettre en valeur la personne âgée et tous les éléments qui la concernent dans ce travail, à travers les notions d'autonomie et d'autodétermination. Ce sont des thèmes qui sont actuellement très répandus et discutés

au sein du travail social, selon nos observations et nos plans d'étude. En effet, dans le code de déontologie du travail social, cette notion revient régulièrement sous la forme d' "être humain indépendant", de "changement social", de " libération des personnes visant à améliorer leur bien-être", de "principe d'autodétermination", de "principe d'empowerment" et de "principe d'égalité de traitement" (Code de déontologie du travail social, 2010, points 3, 5, 7 et 8). Malgré cela, nous avons le sentiment que ces notions qui rythment notre pratique à l'heure actuelle sont encore trop peu associées à la personne âgée. Nous faisons aussi un lien avec les notions d'égalité et de liberté inspirées des Droits de l'Homme, qui rappellent que tout être humain, y compris la personne âgée, a le droit d'être libre, de faire ses propres choix et de s'autodéterminer (Code de déontologie du travail social, 2010, point 8 alinéa 2).

Voici les différents objectifs que nous visons :

Objectifs théoriques :

- Définir ce que signifie la notion d'accompagnement de nos jours
- Comprendre les différences, les limites et enjeux entre les concepts suivants : autodétermination, empowerment, autonomie et pouvoir d'agir
- Identifier les caractéristiques de la personne âgée, la population vivant en EMS
- Comprendre les enjeux au sein d'un EMS

Objectifs méthodologiques :

- Apprendre à rédiger un travail de Bachelor au travers d'une écriture scientifique
- Apprendre à faire évoluer nos recherches sur le long terme
- Apprendre à animer un entretien (directif, semi-directif... à choisir)

Objectifs professionnels :

- Être sensibilisé et perfectionner nos connaissances sur cette thématique en tant que futures travailleuses sociales
- Améliorer notre langage et vocabulaire professionnels
- Apprendre à développer notre conduite professionnelle basée sur des fondements éthiques

Objectifs personnels :

- Mettre en lumière, une population parfois peu prise en compte par la société selon nos impressions
- Prendre plaisir à rédiger un travail sur un sujet qui nous touche particulièrement

- Conserver une collaboration saine tout au long de notre travail

Partant de nos motivations, les liens avec le TS et de nos objectifs, nous formulons notre question de départ ainsi : « Comment le principe d'autodétermination est mis en œuvre au sein d'un EMS par les différents professionnels ? ».

2. Cadre théorique

Dans cette première partie, nous allons vous présenter les acteurs influant dans un EMS, qui sont considérés par l'auteur Pichonnaz (2019, 2020) comme faisant partie de professions à activités prudentielles. Puis, nous allons vous parler du concept de l'excellence professionnelle et des quatre principes sur lesquels elle repose afin de pouvoir délibérer entre professionnels. Pour en arriver aux principes de finalités, moyens et valeurs que suivent ces métiers.

2.1 Les enjeux de priorisation entre les professionnels au sein des EMS

Par ce présent texte, nous voulons démontrer la variabilité et la mise en place des pratiques professionnelles, au travers de cette « prudence » et « sagesse pratique » qui est nécessaire et dépendante des inclinations individuelles de chaque professionnel que présente Pichonnaz (2019, 2020) au travers des enjeux de la priorisation.

2.1.1 LES ACTEURS PRINCIPAUX ACCOMPAGNANT LES PERSONNES AGEES EN EMS

Dans les établissements médico-sociaux, quatre principaux acteurs entrent en jeu lors de la prise en charge et de l'accompagnement au quotidien d'une personne âgée. Ces acteurs sont : le milieu des soins, le service d'animation, l'intendance et la cuisine.

Ces différents secteurs agissent selon les principales priorités qui leur sont fixées dans leurs professions. En effet, ils sont très indépendants les uns des autres. Certes, il existera des critères d'évaluation pour démontrer que le travail de chacun est bien fait, mais ils seront uniquement attribués à chaque secteur et non en se basant sur des critères communs, par manque de compatibilité et de manière de penser unie.

2.1.2 DES PROFESSIONS A ACTIVITE PRUDENTIELLE

Champy (2011, cité par Pichonnaz, 2019, 2020) conceptualise alors les métiers de l'humain comme des activités « prudentielles ». Selon Pichonnaz (2019), nous pouvons alors considérer que toutes les professions au sein d'un EMS sont des activités prudentielles. Celles-ci se caractérisent premièrement par les incertitudes qui rythment ce type d'activité, par les types d'outils mobilisés par les professionnels qui ne sont pas

uniquement techniques et par la singularité et la complexité des situations. L'auteur met alors l'accent sur la nécessité, pour les professionnels, d'effectuer des conjectures et/ou délibérations sur les potentiels moyens et les finalités mis en œuvre dans leur activité. Entre toutes ces singularités et incertitudes qui font aussi partie de ces métiers où il n'existe pas de solutions ou recettes miracles à appliquer pour réussir, Pichonnaz (2019) en déduit que ce sont des professions qui ne peuvent que difficilement être standardisées ou protocolées. Cet élément est important pour comprendre pourquoi les professionnels en EMS, dans notre étude, n'ont pas les mêmes manières de hiérarchiser et prioriser leurs valeurs en vue de l'action qu'ils visent comme le montre Pichonnaz (2019). Ces débats amènent facilement à des tensions car chacun tente de définir « la bonne pratique professionnelle », le « bon accompagnement » vu que leur intervention ne peut être protocolée.

Ces délibérations se réalisent à deux niveaux, d'une part entre travailleurs sociaux en institution et ensuite avec les autres professions collaborant dans celle-ci, qui sont eux aussi dans une relation étroite avec des êtres humains car tous sont considérés comme des activités prudentielles. Ainsi les professionnels sont obligés d'effectuer d'abord une introspection (sonder leurs émotions et sentiments) pour ensuite débattre avec les autres professionnels et autres professions pour agir et collaborer.

Pour comprendre les différences de priorisation entre professionnels d'un même métier, Pichonnaz (2019) propose de se référer aux processus de socialisation (analyse de dispositionnelle) des individus.

2.1.3 DES PROFESSIONNELS GUIDES PAR LEURS EXPERIENCES ANTERIEURES

Le travail social est un champ professionnel qui est fortement dépendant de la relation qui s'établit entre le professionnel et l'usager. Les émotions, les valeurs et les sentiments moraux guident les décisions professionnelles. Ce qui explique déjà que, les divers travailleurs sociaux et professionnels, ne priorisent pas de la même manière à propos d'un même résident¹, car chacun agit et réfléchit en tenant compte de ses émotions, valeurs et éthique professionnelle avant de décider et de prioriser.

¹ Rouleau. (2015). (consulté le 31.05.2023). Etes-vous résident ou résidant ? « On appelle résidant, quiconque demeure dans un établissement pouvant accueillir plusieurs personnes (exemple : une maison de retraite). Pourtant, celui « qui réside dans un ensemble d'habitations » (exemple : une cité universitaire) est dit, lui résident » (p. 3). Pour cela, nous avons décidé de nommer résidants les personnes âgées vivant en EMS au sein de ce travail.

Un dernier aspect qui permettrait de comprendre comment se fait la priorisation des principes par les professionnels est de s'intéresser à l'analyse dispositionnelle et le modèle d'analyse des professions élaboré par Champy et traduit par Pichonnaz (2019).

L'analyse dispositionnelle tente de comprendre et d'expliquer pourquoi les êtres humains agissent, pensent et sentent ce qu'ils font et ne le font pas autrement. Cette sociologie issue des écrits de Bourdieu et Lahire (cité dans Pichonnaz, 2019), considère que nos pratiques actuelles ont été apprises déjà dans notre passé et ainsi la rencontre entre nos apprentissages passés et récents, nous permet d'agir. Selon les contextes d'actions et dispositions dans lesquelles nous avons appris quelque chose, il est possible de réutiliser et de réactiver ces apprentissages dans un autre contexte cette fois-ci actuel. Comme Bouvet (2018), qui nous dit qu'en plus, en travail social, les compétences, apprentissages et capacités nécessaires au travail peuvent être appris dans un autre contexte, une autre sphère que celle professionnelle. Le fait que le travailleur social utilise d'autres compétences apprises dans d'autres domaines et moments de vie, fait que lorsque les professionnels débattent et priorisent les quatre principes : autonomie/ dignité/ gestion des risques/ bien-être du personnel, ils hiérarchisent en tenant compte de leurs habitudes de penser-apprises dans leur passé pour se positionner professionnellement. Et ainsi affirmer leur vision du métier, argumenter les options choisies face à une problématique ou encore face à une tâche à exécuter.

Nous venons de présenter les deux justifications possibles pour présenter ces activités prudentielles, maintenant nous allons montrer qu'il existe certaines luttes à l'interne de ces métiers pour tenter de les définir et de les juger.

2.1.4 LUTTES DE DEFINITIONS DE L'EXCELLENCE PROFESSIONNELLE D'UN POINT DE VUE SOCIOLOGIQUE

Les délibérations autour des bonnes pratiques, telles que décrites ci-dessus, ont pour but de définir « l'excellence professionnelle » (Champy, 2015 cité par Pichonnaz 2019, 2020). Ces luttes font émerger deux tendances : les professionnels qui souhaitent poursuivre et maintenir la tradition (ceux qui défendent l'orthodoxie) et à l'inverse ceux qui veulent faire changer les pratiques et les méthodes (ceux qui prônent l'hétérodoxie). Comme lorsqu'un professionnel priorise les quatre principes de Pichonnaz (2019, 2020), il en ressort facilement ces tendances. Ainsi selon sa priorisation nous pouvons observer s'il favorise la tradition et s'il reproduit les schémas habituels de penser de l'institution, ou à l'inverse, si ce professionnel tente de sortir des sentiers battus en essayant de

proposer des alternatives et une priorisation des principes inhabituels aux coutumes et habitudes de son service ou de son institution.

Pour en revenir aux principes de Pichonnaz (2019, 2020), quant à sa hiérarchisation, il constate que dans la plupart des cas, le professionnel tend à maintenir les mêmes principes en priorité. Par exemple, généralement les soignants et le milieu de la cuisine sont plus facilement d'accord car ils valorisent en premier lieu la sécurité et le bien-être du personnel alors que l'animation, elle, se focalisera d'abord sur l'autonomie et la dignité des résidents. Ce qui peut expliquer selon Champy (2011, cité par Pichonnaz, 2019, 2020) encore une fois la diversité des pratiques, avis et argumentations des hiérarchisations des professionnels en EMS.

Pichonnaz (2019) rejoint et cite Champy (2011) dans son explication ci-dessus, en complétant avec l'idée qu'au final nous pouvons relever que le discours, positionnement du travailleur et la hiérarchisation des principes à propos de l'excellence professionnelle, découle fortement du secteur d'appartenance de celui-ci (soignant, intendance, animateur, cuisine).

2.1.5 LES QUATRE PRINCIPES RECONNUS ET PRIORISÉS PAR LES DIVERS PROFESSIONNELS EN EMS
A partir de là, quatre principes ont pu être identifiés regroupant les finalités, les moyens et les valeurs mis en lumière (Pichonnaz, 2019, 2020). Ces quatre principes occupent également le rôle de critère pour juger ou évaluer un travail peu importe la profession qui mène l'action.

Le premier principe est celui qui vise et priorise l'autonomie, le second met l'accent sur la dignité des personnes accompagnées, le troisième priorise la gestion des risques, cet aspect englobe le maintien de la sécurité et l'hygiène et le quatrième principe valorise en priorité le bien-être du personnel ce qui peut regrouper toutes les méthodes et outils qui pourraient permettre de faciliter leur travail.

Dans le milieu gérontologique, ce concept de priorisation entre ces quatre principes présentés s'observe très facilement et apparaît très souvent dans le quotidien des divers professionnels, comme le montre Pichonnaz (2019). D'autant plus quand il s'agit d'accompagner des personnes avec un certain degré de vulnérabilité, l'accompagnement au quotidien par les divers secteurs professionnels peut parfois devenir un vrai défi pour collaborer en continu tous ensemble.

2.1.6 HIERARCHISATION DES FINALITES, MOYENS ET VALEURS

Pichonnaz (2019) nous rend attentif au fait que les professionnels qui débattent entre différents corps de métiers à propos de leurs pratiques et de leur manière d'agir au

travail, ne sont jamais en désaccord avec les valeurs elles-mêmes mais sur les manières de les hiérarchiser. En effet, pour chacun la priorité est le bien-être physique et psychique des résidents. Comme le précise Champy (2011) cité par Pichonnaz (2019, 2020), ces derniers réfléchissent et délibèrent autour des finalités, moyens que visent leurs actions, car celles-ci dépendent de la hiérarchisation des valeurs. A noter qu'une hiérarchisation de ces principes n'est pas indispensable à chaque fois. D'après Pichonnaz (2020) l'hygiène et la dignité peuvent par exemple être placés sur le même niveau. En revanche, il est totalement impossible de mettre ces quatre principes à égalité. Il en y en aura forcément un qui sera plus important que les trois autres dans un contexte donné.

Pichonnaz (2019), distingue clairement trois éléments qui constituent l'activité de ces professionnels, tout d'abord les finalités de l'intervention, ensuite les moyens et outils qu'il mobilisera pour atteindre ses buts et enfin les valeurs et principes qui vont guider les choix du professionnel.

Pour reprendre un exemple cité par Pichonnaz (2019) dans un milieu gériatrique, si nous parlons du principe qui vise l'autonomie des personnes accompagnées comme finalité de l'action du professionnel, les moyens évidents sur lesquels pourrait s'appuyer celui-ci, sont de tenir compte des désirs, habitudes de vie, envies et des ressources dont dispose déjà le résident pour atteindre cette finalité. Une autre méthode pour parvenir à ce but est de veiller à réduire l'impact de la collectivité et du cadre institutionnel sur le résident afin de lui laisser suffisamment de place pour être autonome dans son milieu.

Pour reprendre un autre principe de Pichonnaz (2019, 2020), celui du respect de la dignité du résident comme finalité. Le professionnel devra utiliser certains outils spécifiques afin de pouvoir protéger l'identité du résident, mais aussi de pouvoir valoriser et respecter son histoire et sa personnalité. Lors de l'arrivée d'un nouveau résident en institution, le service d'animation va par exemple prendre du temps avec cette personne pour pouvoir recueillir son histoire de vie (aussi appelé anamnèse), afin de pouvoir la partager aux autres secteurs de l'EMS pour pouvoir mieux apprendre à connaître cette nouvelle personne mais aussi pour pouvoir la respecter en se basant sur ses habitudes et son passé.

2.1.7 EXEMPLES DE HIERARCHISATION DES FINALITES, MOYENS ET VALEURS EN MILIEU GERONTOLOGIQUE

Ces différentes manières de prioriser les quatre principes reconnus par Pichonnaz (2019, 2020), peuvent, selon la manière dont l'établissement gère ses difficultés, amener les différents intervenants de l'établissement médico-social à rentrer en tension. Par

exemple lors de l'entrée en EMS d'une nouvelle personne, le service d'animation voudra prioriser le principe de l'autonomie, pour permettre à la personne de maintenir ses compétences tout en s'intégrant à son nouveau lieu de vie. Les animateurs pourraient lui proposer par exemple d'aider le secteur de la cuisine pour qu'elle puisse être valorisée, avoir le sentiment d'utilité et maintenir ses capacités restantes. Mais à l'inverse le personnel de cuisine peut trouver qu'il est préférable pour lui et son bien-être que cette personne âgée ne vienne pas perturber ou retarder les équipes en vue du rythme de travail imposé. De plus d'un point de vue sécuritaire, le personnel soignant sera davantage contre cette idée d'intégration afin de préserver la sécurité et éviter tout danger pour la nouvelle personne arrivée en EMS. Il y a donc des tensions entre le principe d'autonomie de la personne âgée et la gestion des risques et le bien-être du personnel.

Un autre exemple de tensions entre les principes évoqués par Pichonnaz et al. (2020) concerne les menus alimentaires. Il y a d'une part, le secteur cuisine, qui prône l'autonomie des résidents en voulant leur laisser le choix de déguster divers mets, parfois certes, riches en calories mais variés et proches de ce que les personnes en EMS avaient à cœur de manger avant. Et d'autre part, le secteur soignant qui milite pour une hygiène alimentaire stricte, suivant la diététique prescrite par les avis médicaux. Pour illustrer ce genre de débat, une personne travaillant à la cuisine, interrogée dans le texte, le dit de manière très claire : « ce n'est pas à 80 ans qu'on va demander à quelqu'un de faire un régime. Il y a un sacré décalage entre le désir du diététicien ou des diététiciens et le désir des résidents » (cuisinier responsable, EMS La Plaine, 2020, p.108).

Un autre grand thème qui illustre très bien les tensions de priorisation est le sujet de la sécurité, notamment par rapport à l'agencement des chambres des résidents. En effet, promouvoir la dignité des personnes âgées, c'est leur permettre de conserver une identité sociale et leur assurer une forme de « continuité » (Genton-Trachsel & Christen-Gueissaz, 2005) entre leur vie antérieure et leur vie en institution. Cela passe par le fait d'apporter des meubles et objets de son ancien chez soi à sa nouvelle chambre en institution. Cependant plusieurs enjeux limitent cette idée. Pour le personnel soignant, un tapis peut engendrer des chutes et mettre à mal le principe de sécurité. Pour l'intendance, le tapis représente un obstacle pour l'entretien et le nettoyage de la chambre du résident, et le principe de bien-être de son personnel entre en jeu. Et enfin pour le service d'animation, la priorité est mise sur la réponse aux attentes de la famille et aux besoins des résidents, et souhaite permettre autant que possible aux nouveaux bénéficiaires de se sentir chez soi et dans son intimité. Ainsi le service d'animation veut

prioriser le principe de la dignité, le service soignant celui de la sécurité et le service d'intendance celui du bien-être de son personnel.

2.1.8 SYNTHÈSE

En conclusion, Pichonnaz en retire que chaque corps de métier aura une tendance à défendre un des quatre principes plus que les autres, sans pour autant contester leur importance. Il en retire que plus facilement, les normes et principes du secteur soignant et cuisine s'accordent et se hiérarchisent de manière assez semblable, car ces deux acteurs priorisent généralement le principe de sécurité dans des situations plus ou moins complexes. Alors que le secteur de l'animation, lui, cherchera davantage à défendre le principe d'autonomie ainsi que celui de la dignité des personnes accompagnées en s'appuyant sur divers outils et moyens pour y parvenir. Pour justifier ces tendances, Pichonnaz relève aussi les deux visions qui opposent le service d'animation à celui des soins. En effet l'animation tente toujours de démontrer que l'EMS est « un lieu de vie » alors que pour le secteur opposé, il considère que l'institution est « un lieu de soins ». L'auteur Pichonnaz (2019, 2020) qui reprend Champy (2011, 2015) s'accorde pour dire qu'en milieu gérontologique, ce sont bien ces deux acteurs principaux (soignants et animateurs) qui se confrontent et sont en désaccord le plus régulièrement au sujet de leur choix de priorisation.

2.2 L'accompagnement de la personne âgée en institution

2.2.1 LES REPRESENTATIONS DE LA PERSONNE AGÉE

Vieillir en institution est une situation plutôt nouvelle dans notre société et inexistante dans certaines autres cultures encore aujourd'hui. Historiquement les personnes vivaient chez elles jusqu'à leur décès et la case institutionnelle n'existait pas encore pour accompagner la personne âgée. C'était les familles et proches qui avaient bien souvent, la lourde tâche de prendre en main et de veiller sur leurs aînés au quotidien jusqu'à la fin. Cette manière de faire est encore présente, mais depuis quelques années de plus en plus de personnes viennent résider en institution et y attendre leur fin. En vue de la hausse de cette demande, des institutions ont dû voir le jour pour accompagner ces personnes avec un certain degré de dépendance. Dans ces structures, appelées EMS (établissements médico-sociaux), les professionnels proposent un accompagnement au niveau médical, et paramédical qui est adapté le plus possible aux singularités des résidents. Les EMS sont alors une sorte de « micro-société », où se créent et se dénouent des relations, où des lois, des valeurs et des idéaux se construisent et se mettent en place. L'accompagnement en EMS comportent divers rôles, à la fois celui de l'accueil et de lieu de vie et à la fois celui d'accompagnateur vers la fin de vie. Ce second

rôle, vient alors, régulièrement bouleverser cette organisation et ces acteurs (professionnels, résidents, proches) (Michelet Coutama, 2020).

Le vieillissement est assimilé, par la majorité de la société, à la dégénérescence et au déclin, comme le dit Michelet Coutama (2020). La représentation que l'on garde à l'esprit du vieillissement reste alors l'image même du corps inactif et en perte de capacité (Alvarez, 2011). Cette vision de nos aînés, que nous avons également personnellement relevée dans notre pratique professionnelle au sein de nos EMS respectifs, est souvent faussée et en désaccord avec la réalité. On assimile la majeure partie des personnes âgées comme étant invalide, alors que la vérité est que moins de la moitié vit réellement dans ce cas de figure (Alvarez, 2011). Cette forme de discrimination envers l'âge et le vieillissement des personnes, s'appelle « l'âgisme » et regroupe les nombreux stéréotypes et fausses impressions que le grand public porte sur cette partie de la population (Bizzini, 2007).

2.2.2 LA TRANSITION EN INSTITUTION POUR LA PERSONNE AGÉE

Les bouleversements engendrés par l'entrée en EMS pour la personne ainsi que sa famille et ses proches est parfois difficilement imaginables comme le soulève Badey-Rodriguez (2005). La rupture provoquée et parfois même imposée, pour la personne avec son environnement, peut être très brutale et douloureuse. Son environnement géographique, affectif et social est bouleversé alors que la personne en question n'a peut-être même pas réellement consenti à ce changement radical. Les raisons qui amènent une personne à être accueillie en EMS sont les suivantes : soit la personne a pris elle-même la décision et dans ce cas elle a pu se préparer à cette idée et à l'avenir qui l'attend même si au moment où une place se libère tout arrive très vite, soit la personne a été placée par les membres de sa famille, souvent car la charge peut être très lourde au quotidien pour les enfants du résident par exemple. Ici, la transition peut être très rapide voire peu anticipée en fonction de l'urgence. Ou encore, la personne peut avoir été placée en institution par un autre organisme ou suite à un séjour à l'hôpital par exemple, alors ce bouleversement peut arriver de manière plus ou moins imprévisible. D'une certaine manière, il est inéluctable dans un tel contexte d'éviter le risque important de la perte massive de son identité. Cette perte de sens à son existence se fait par le déchirement de devoir trier et prioriser tous ses effets personnels par exemple. Ce cheminement douloureux passe par la perte d'une partie de son mobilier, de ses vêtements, de ses objets personnels et finalement de son appartement ou de sa maison tout entière. Certains résidents expriment ce triage forcé comme un vrai « dépouillement », à la fois matériel et identitaire (Badey-Rodriguez, 2005). Psychologiquement, la personne institutionnalisée passe par tout un éventail de

sentiments et d'émotions. Elle développe l'angoisse de l'abandon, à l'idée que l'heure de la fin s'approche et la peur que ses proches l'abandonnent. Le résidant impose alors à ses proches une forte dépendance affective dans le but de ne pas les perdre. Mais cette dépendance peut amener à provoquer l'effet inverse et faire fuir l'entourage car le sentiment de surcharge et d'épuisement est trop fort à porter selon Badey-Rodriguez (2005).

La notion de matérialité peut alors être très précieuse dans ce moment de transition pour la personne institutionnalisée selon le projet de recherche mené par Grossen & Zittoun (2014). Effectivement dans ce passage en EMS, les objets jouent un rôle primordial pour la personne dans le maintien de sa personnalité tant dans le déménagement, l'arrivée et l'installation dans son nouveau lieu de vie. L'objet occupe alors la fonction de ressources psychologiques (ou symboliques), pour le résidant en lui permettant de « rester lui-même » et de renforcer ainsi son sentiment d'identité. Au travers de ses photos, meubles, livres, films ou autres objets personnels, la personne récemment institutionnalisée maintient un lien avec les autres, son habitat passé et son vécu.

2.2.3 LES SPECIFICITES DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE AGEE EN INSTITUTION

Il serait impossible de mener ce travail sans évoquer le terme de l'accompagnement. En effet, celui-ci est au cœur de diverses pratiques, mais il est d'autant plus prégnant dans le monde du travail social et des soins.

2.2.3.1 Définition de l'accompagnement

L'accompagnement est un terme qui peut vite se transformer en un principe très flou et dense. En effet, comme Paul (2009b) le précise, c'est une notion qui a probablement traverser l'histoire humaine. Cela témoigne de la plasticité de ce terme. Bien sûr le sens que l'on y met derrière à changer au fil des siècles mais on n'a quand même jamais cessé de l'utiliser. L'accompagnement serait donc une notion plurielle et nuancée, qui s'ajusterait à tout type de pratique tels que le management, le social, la formation, etc... « Or on peut conseiller, former, aider, orienter...sans forcément accompagner » (Paul 2004b). Cela nous amène directement à observer le risque de l'emploi d'un terme de manière aussi large dans plusieurs champs professionnels. C'est ce que précise Paul (2009b) : « introduit dans le langage professionnel, il perd peu à peu de son intention », « l'idée d'accompagnement s'émiette, le sens de l'acte accompagner se dilue » (p.92). Il est alors difficile de se faire une idée plus précise de ce que veut réellement signifier accompagner quelqu'un.

Paul (2009b) indique qu'il y a malgré tout « une structure identique et consécutive à toutes les formes d'accompagnement inscrites dans la sémantique du verbe

accompagner. ac-cum-pagnis, ac (vers), cum (avec), pagnis (pain), dotant l'accompagnement d'une double dimension de relation et de cheminement» (p.95). Ainsi la définition minimale qui pourrait être donnée au terme accompagner est la suivante : « être avec et aller vers, sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage » (Paul, 2009b, p.95). Cela implique donc que la relation est au cœur de l'accompagnement. Pour que le processus fonctionne il faut être en mesure de construire une relation avec autrui qui permette le partage.

Malheureusement, à l'heure actuelle, cette notion est quelque peu entachée par des soucis de production et de résultats. Voici quelques exemples donnés dans le texte de Paul (2009b) : l'injonction d'être accompagné se fait au détriment d'une instauration de la relation librement consentie ; la primauté accordée à la production de résultats définis a priori se fait au détriment de l'élaboration des choix par la personne ; la préconisation de mesures déterminant des durées standards et correspondant à des enveloppes budgétaires se fait au détriment du temps qui est nécessaire pour l'accompagnement qui est donné.

La partie ci-dessus établit un lien direct avec le principe d'autonomie et d'autodétermination. En effet, les 3 exemples amenés vont tout à fait dans le sens contraire que ce qui est prescrit pour permettre à l'individu de s'autodéterminer et d'arriver à l'accomplissement de soi. Il est donc important d'associer l'accompagnement avec le principe de « faire avec et non faire pour ».

2.2.3.2 Ses spécificités en EMS

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, que les représentations de la vieillesse portaient principalement sur les manques et les déficits de la personne âgée. Les professionnels sont également sensibles à cette vision de la vieillesse car au quotidien ils sont confrontés à la régression des capacités et aptitudes des résidants dans les actes de la vie quotidienne (s'habiller, soigner son hygiène, manger, marcher, etc.) sans y être toujours forcément préparés. Les professionnels peuvent ainsi ressentir un fort sentiment d'impuissance face à ces situations, car ils n'ont aucun moyen d'arrêter le temps ni de ralentir la maladie ou encore de pouvoir faire attendre la mort. Ce sentiment renvoie directement à l'angoisse de sa propre vieillesse et tout ce que ce terme nous inspire. Afin de pouvoir continuer d'accompagner les résidants au quotidien, malgré ses peurs et ses angoisses personnelles, Leandri-Knipper (2003) montre que les professionnels auront tendance à déshumaniser la relation avec les bénéficiaires, dans le but de se protéger. Il s'agit d'un mécanisme de défense pour accepter la réalité de ces personnes.

Pour que cette « micro-société », puisse évoluer, si on reprend les mots de Michelet Coutama (2020), les professionnels et l'institution doivent démontrer une réelle volonté d'individualiser les pratiques et les solutions à disposition, afin que chacun des résidents puisse être respecté et que l'institution réponde à ses besoins singuliers. Cette dynamique consiste à soigner la relation qui est au cœur de l'établissement et du travail qu'effectuent tous les professionnels au sein d'un EMS, afin que l'usager et les professionnels puissent apprendre les uns des autres et que l'institution occupe son rôle de facilitateur dans ces échanges (Michelet Coutama, 2020). Un principe fort que relève l'auteur et qui régit l'accompagnement proposé aux personnes en EMS est le fait que l'individu puisse refuser de participer. Ce refus, est parfois difficile à gérer et à accepter chez les professionnels mais, selon l'auteur, il est nécessaire pour que le résident maintienne son autodétermination. Les professionnels doivent alors démontrer de la bienveillance vis-à-vis des bénéficiaires et de leurs choix et prendre réellement en considération leurs attentes, besoins et limites pour que leur collaboration puisse respecter les droits fondamentaux des personnes âgées en Suisse (Centre Suisse de compétences pour les droits humains CSDH, 2017). Pour mettre en œuvre cette dynamique, l'auteur cité ci-dessus, propose ce qu'il nomme le « projet personnalisé » aussi appelé « projet de vie ». Cet accompagnement propose à la personne de s'autodéterminer et de rester au maximum acteur de sa vie en EMS, autant lors de son arrivée dans l'institution, que dans sa vie au quotidien (rêves, projets, attentes) que lors des décisions de fin de vie. Cette dynamique est évolutive et peut être adaptée en tout temps, elle permet d'individualiser complètement l'accompagnement proposé par les divers services et ainsi la personne institutionnalisée pourra co-construire son avenir en EMS. Ainsi, les professionnels peuvent proposer un accompagnement respectant leur singularité, leurs volontés ainsi que leur dignité et ce, jusqu'à leur dernier voyage (Hospimedia, 2018).

Dans ce grand et brutal changement que peut être l'institutionnalisation, on voit que les professionnels peuvent jouer un rôle primordial pour que la personne puisse maintenir son auto-détermination ainsi que pour préserver son identité. Le professionnel doit reconnaître et même valoriser les besoins du résident notamment dans ce processus de déménagement et d'installation matériel apporté ci-dessus par Grossen & Zittoun (2014).

2.3 Autonomie et autodétermination

Le chapitre précédent nous démontre que les 4 champs professionnels des établissements médico-sociaux ont tous connaissance des principes que sont l'autonomie et l'autodétermination. Ce qui diffère pour chacun d'eux est la manière de

les mettre en œuvre. Par exemple, les professionnels œuvrant dans le champ de l'animation socioculturelle placeront le plus souvent possible l'autonomie et l'autodétermination au centre de leurs activités comme mentionné ci-dessus. Ce constat n'est pas étonnant car, comme mentionné lors du chapitre portant sur nos motivations, l'autodétermination et le développement du pouvoir d'agir sont énormément abordés lors des différents cours enseignés en école sociale. Ces aspects sont tellement ancrés dans la profession qu'ils ont été inscrits dans la charte romande de l'animation socio-culturelle publiée par FederAnim en 2018 : « L'animation socioculturelle postule que chacun est en mesure d'affirmer sa place dans la société, d'exercer un pouvoir et de coconstruire sa vie et celle de son groupe vers un mieux - être collectif » (p.4). Mais qu'en est-il des autres métiers œuvrant auprès de nos aînés ? Comme démontré dans le texte de Pichonnaz (2020), les soins essaient au maximum de préserver l'autonomie des personnes âgées mais il est parfois difficile « de faire avec plutôt que pour » (p.105). La pénurie de personnel et le manque de temps influençant grandement la pratique des soins. Quant aux secteurs de l'hôtellerie et de l'intendance, il est difficile de déterminer pour eux où se placent le degré d'importance de l'autonomie et de l'autodétermination des personnes.

Malgré cela, les professionnels travaillant dans un EMS pourraient se rejoindre sur des questionnements tels que : « C'est quoi vieillir ? Est-ce que c'est systématiquement associé à une perte de contrôle au quotidien ? Comment se vivent et s'expriment l'autonomie et l'autodétermination au cours de la vieillesse ? » (McCallion & Ferretti, 2017, p.130).

2.3.1 DEFINITION DE LA NOTION D'AUTONOMIE

« L'autonomie est la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite et en suivant sa propre loi. L'autonomie d'un être humain n'est jamais donnée, elle se conquiert tout au long de la vie » (Hazif-Thomas, Thomas & Robichaud, 2011, p.439).

D'après ces auteurs, l'autonomie regroupe plusieurs valeurs et diverses composantes qui vont varier selon les points de vue. Malherbe (2001, cité par Hazif-Thomas, Thomas & Robichaud, 2011) précise tout de même ce concept à travers cinq paliers successifs universels. Il y a tout d'abord le palier biologique, lorsque l'individu peut satisfaire ses besoins biologiques ; le palier psychique qui permet à l'individu de travailler son auto-développement et son auto-réalisation, cela dépend largement de la manière dont il est éduqué ; le palier civique qui pourrait se résumer en l'affirmation de disposer librement de soi-même ; le palier éthique qui vise le respect de la vie, la non-manipulation dans le domaine relationnel et l'obligation de renoncer au mensonge ; le palier mystique (qui

dépend directement du respect des trois aspects fondamentaux du palier éthique) permettant de vivre une réciprocité émotionnelle. Mais qu'en est-il lorsque les personnes âgées que nous accompagnons perdent peu à peu ces cinq piliers et que « l'autonomie s'en trouve réduite à la fonctionnalité dans la lecture faite des capacités des personnes âgées » (Grenier & Simard, 2011, p.76).

D'après Belmont (1979, cité dans Grenier et Simard, 2011) l'autonomie est le signe du respect de la personne. Cette notion comprend deux principes fondamentaux : les individus doivent être traités comme des sujets autonomes et les personnes dont l'autonomie est diminuée ont le droit d'être protégées. Il est donc de notre rôle, en tant que professionnels de protéger nos aînés. C'est ce que nous rappelle le catalogue des droits fondamentaux des personnes âgées en Suisse : « La dignité humaine protège l'individu âgé en ce qu'il a d'unique, reconnaît que chaque personne est un but en soi, préserve sa valeur et garantit son autonomie » (2017, p.6).

Il est dès lors important de préciser que chaque corps de métier en lien direct avec les résidents, aura sa manière de protéger l'autonomie et le respect de la dignité. En effet, comme l'explique Beauchamp et Childress (2001), les enjeux éthiques présents dans les pratiques médicales peuvent se décliner à partir de quatre grands principes : la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice. Quant au travail social, il servira de « rempart contre l'exclusion » (Grenier & Simard, 2011, p.76). Comme le précise ces auteurs, l'intervention des professionnels sociaux devrait favoriser l'expression et la compréhension des préoccupations profondes du résident, ses désirs et ses espoirs. L'approche devrait viser à redonner confiance et pour cela, l'intervenant ne devrait pas se substituer à la personne, ni même imposer une lecture de la situation vécue mais plutôt reconnaître son expérience et ses efforts pour la laisser faire des choix.

2.3.2 DEFINITION DU CONCEPT D'AUTODETERMINATION

D'après le dictionnaire Larousse, l'autodétermination peut se définir de la manière suivante : « action de décider par soi-même, et, en particulier, action par laquelle un peuple choisit librement son statut politique et économique ». Cette définition semble nous laisser apercevoir une facilité évidente à s'autodéterminer et une seule manière de le faire. Mais comment conjuguer ce principe à la vieillesse ? Lorsque comme évoqué plus haut, l'autonomie, elle-même un principe de l'autodétermination, diminue de manière drastique, entraînant avec elle une difficulté évidente à s'autodéterminer.

« L'indépendance et l'autodétermination s'expriment en grande partie à l'âge adulte moyen et au début du vieillissement, mais elles sont de plus en plus menacées par les changements survenant à un âge avancé » (McCallion & Ferretti, 2017, p.146).

Afin de comprendre les composantes de l'autodétermination, Wehmeyer & al. (2013) ont mis en place une théorie, appelée « théorie fonctionnelle de l'autodétermination ». On peut la définir de cette manière : « habilités d'une personne à indiquer ses préférences, à faire des choix et à amorcer une action en conséquence »(p.34).

Celle-ci considère qu'un comportement est autodéterminé lorsqu'il renvoie à quatre composantes : l'autonomie comportementale (agir selon ses propres priorités ou principes), l'autorégulation (médiation cognitive ou autocontrôlée de son comportement), l'accomplissement de soi (le plein développement de ses talents et potentiels uniques) qui se traduit par l'autoréalisation et l'empowerment psychologique. Cette modélisation de ce principe a été validée sur une population adulte présentant une déficience intellectuelle mais les fondements sont également jugés comme pertinents sur les personnes âgées.

Pour compléter cette première partie théorique, Wehmeyer (1996, cité par Geurts & Haelewyck, 2022) a identifié trois facteurs déterminants à l'expression d'un comportement autodéterminé. Le premier facteur identifie les capacités individuelles de la personne. Ces dernières émergent du développement personnel et des situations d'apprentissage. Le deuxième facteur, quant à lui, renvoie aux occasions fournies par l'environnement. Pour finir, le troisième facteur, est le type de soutien dont la personne bénéficie. L'ensemble de ces facteurs est tributaire des perceptions et des croyances des sujets eux-mêmes, mais aussi des membres de leur entourage proche.

« Une approche strictement individuelle de l'autodétermination, centrée uniquement sur les caractéristiques personnelles potentiellement en déclin des personnes âgées, s'avère donc peu concluante » (Wehmeyer, 1996, cité par Geurts & Haelewyck, 2022, p.132).

On peut donc s'apercevoir que l'autodétermination va bien au-delà de l'autonomie. En effet, ces notions peuvent parfois paraître similaires ce qui mène rapidement à la confusion. Il est donc important de faire la distinction entre ces deux termes. L'autonomie est « un comportement que manifeste une seule personne, en fonction de ses règles et qu'il est possible d'observer » (Wehmeyer, 1996, cité par Geurts & Haelewyck, 2022). Tandis que l'autodétermination « implique une interdépendance avec les autres et l'environnement » (Angyal, 1941, cité par Wehmeyer, 2011, p.27).

En lien avec cela, il est important de rappeler que la vision que les professionnels, tous secteurs confondus, portent aux résidants peut complètement modifier leurs perceptions d'eux-mêmes et leurs capacités. D'autant plus dans une société qui parle de « tsunamis gris et de démographie apocalyptique laissant présager une horde homogène de corps en désuétude réclamant assistance au quotidien en faisant payer le prix de leur inactivité » (Simard, 2021, p.130).

3. Problématique et hypothèses

Au travers des quatre principes qui ont été relevés par Pichonnaz (2019, 2020) qui sont pour rappel : le principe d'autonomie, de la dignité des personnes accompagnées, de la gestion des risques, qui regroupent la notion de sécurité et celle de l'hygiène et enfin celui, qui valorise le bien-être du personnel nous ont interrogés et donnés envie d'aller les questionner sur le terrain. Ces principes, sont très intéressants et nous amènent à nous questionner afin de savoir si les quatre corps de métiers principaux dans un EMS, les reconnaissent et les mettent en application dans leur pratique professionnelle ou non. Cette fameuse priorisation qui se joue entre ces acteurs à propos des quatre principes évoqués et des finalités et moyens que mettent en place les professionnels en EMS nous motivent à aller observer dans la pratique les enjeux de cette priorisation. Afin d'identifier les manières de faire des divers champs professionnels et de comprendre leurs manières d'agir. Afin, d'observer ainsi quel contexte ou vulnérabilité de la personne peut être déterminant pour que le professionnel valorise ou priorise de telle ou telle manière plutôt qu'une autre.

Il sera intéressant d'analyser également les valeurs communes entre ces métiers.

Par rapport à l'activité prudentielle que nous avons pu développer dans ce travail, il sera pertinent d'observer et de comprendre comment les acteurs délibèrent autour de ces moyens, finalités et qu'est-ce qui est remis en cause et par quel secteur. Nous pourrons observer ces débats au travers du colloque institutionnel auquel nous allons participer. De plus, nous pourrons faire un lien avec les différents écrits et auteurs que nous avons pu lire (Champy, 2011, cité par Pichonnaz (2019, 2020)) grâce à ce colloque institutionnel, pour observer ces professions aux contours flous qui ne peuvent être protocolées comme un métier technique.

Leurs pratiques peuvent ainsi être très vastes, nous trouvons pertinent alors, d'aller comprendre réellement quel type d'accompagnement priorise au mieux le principe d'autodétermination, qui plus est dans un milieu où l'autonomie des personnes est de plus en plus fragilisée avec l'âge. Nous voulons comprendre finalement comment ces professionnels peuvent maintenir et rendre cette part d'autonomie qui est perdue aux résidents. Il est d'autant plus intéressant d'aller questionner les enjeux qui permettent de favoriser ce principe lorsqu'on accompagne des personnes qui sont menacées par des changements majeurs, une perte d'autonomie et de capacités importantes.

D'où notre question de recherche qui est : « Comment le principe d'autodétermination est mis en œuvre au sein d'un EMS et par quels moyens ou enjeux peut-il être freiné ou valorisé par les différents professionnels dans l'accompagnement de personnes vulnérables ? ».

Il en découle à nos yeux, trois hypothèses de recherche qui sont les suivantes :

Hypothèse 1 : « **Chaque secteur professionnel a tendance à hiérarchiser ses priorités d'une manière semblable peu importe les situations** ».

Comme nous l'avons vu dans les exemples donnés par Pichonnaz (2019, 2020), les secteurs ont une manière prédominante de hiérarchiser leurs principes. Par exemple peu importe le contexte les animateurs auront facilement tendance à prioriser l'autonomie et l'autodétermination comme principes. Alors que le domaine soignant lui valorisera plutôt le principe de sécurité en priorité.

Hypothèse 2 : « **Les professionnels prônent l'autodétermination dans leur discours mais dans la pratique d'autres principes prennent le dessus et ne laissent pas le choix au résident** ».

Ainsi faire ressortir les divers obstacles et enjeux qui freinent dans la réalité la liberté des bénéficiaires et analyser l'écart qu'il y a entre les valeurs institutionnelles qui sont mises en avant et la réalité des activités prudentielles. De plus au travers de cette hypothèse nous pourrions évaluer l'autodétermination, pour en comprendre les outils et méthodes qui sont mis en œuvre pour permettre à la personne accompagnée de maintenir son pouvoir d'agir et être libre de ses choix. L'accompagnement selon Paul (2009b) est un idéal, dur à atteindre dans la réalité professionnelle d'une institution. Nous pourrions grâce à cette hypothèse aller observer si les grands principes de l'accompagnement de l'auteur cités ci-dessus sont réellement mis en place ou non pour promouvoir l'autonomie du résident.

4. Méthodologie

Nous allons tout d'abord vous présenter et argumenter dans ce chapitre l'échantillon que nous avons décidé de sélectionner pour nos recherches. Ensuite nous allons vous présenter les méthodes de récolte de données que nous avons choisies en fonction de leurs points forts et des diverses dynamiques que nous souhaitons retrouver sur la partie terrain de cette recherche. Enfin, nous vous présentons les valeurs et principes que nous avons eu à cœur de mettre en pratique au sein de nos démarches.

4.1 Echantillon

Notre terrain d'enquête était un EMS spécifique en Valais romand. Notre population mère comme le dit Lièvre (2006), est l'ensemble de tous les individus qui caractérisent et sont en lien avec notre sujet d'étude. De ce fait pour notre récolte de données nous avons sélectionné parmi les professionnels de cet EMS la responsable du secteur de l'animation que nous appellerons par un nom d'emprunt dans ce travail Carine. Ainsi que la responsable du service des soins que nous nommerons par un nom d'emprunt

également, Laurence. Dans ses écrits Pichonnaz (2019), lui s'intéresse à tous les responsables, comprenant aussi l'intendance et la cuisine. Nous avons volontairement choisi de nous intéresser uniquement aux secteurs professionnels qui sont le plus proche au quotidien des personnes âgées qui sont eux, au centre de notre sujet d'étude.

Le fait de questionner les principaux acteurs autour du résidant, nous a permis de démontrer la diversité et les débats entre leurs différentes approches. De plus, le fait de choisir le responsable de ces services, n'est pas anodin. En effet, nous avons fait ce choix, car comme Kébir Delmas (2023) l'a étudié, les responsables de service et cadres de fonction sont aux premières loges, concernant ces débats et priorisations de valeurs que nous voulons observer. Ce sont ces chefs de secteurs qui priorisent et prennent des décisions car ils doivent au quotidien collaborer et trouver des compromis avec leurs diverses professions en tenant compte des équipes et des collaborateurs qui sont sous leur ordre. Alors ces responsables, comme dit Kébir Delmas (2023), sont plus sensibles à ce genre de désaccords et négociations dont nous parlons dans ce travail. De ce fait, les questionner eux, et pas n'importe quel soignant ou animateur de l'EMS, nous a donné davantage de réponses et de pistes de compréhension à notre travail. Les deux secteurs que nous avons choisis, sont en plus les secteurs où Pichonnaz (2019, 2020) a relevé le plus de tensions et de débats dans ses travaux.

Ensuite pour faire évoluer ces premiers résultats obtenus avec cet échantillon, nous avons choisi de sélectionner deux activités précises menées par le service de l'animation, pour nous permettre d'accentuer nos recherches sur l'accompagnement et les valeurs que mettent en lumière les collaborateurs du service en observant leurs pratiques et les offres d'accompagnement qu'ils proposent aux résidants. Ce deuxième échantillon, nous a permis d'élargir notre population mère qui est en lien direct avec notre sujet d'étude. Cela était très intéressant pour nous, de comparer et d'analyser les résultats que nous avons obtenus par les responsables des services qui sont sensibilisés à ces questionnements avec les actes et l'accompagnement qui sont réellement pratiqués par les équipes de travail sur le terrain. Ces échantillons nous ont aidés à mieux comprendre les limites et les enjeux qui se jouent sur le terrain, face aux propos et discours au sujet du pouvoir d'agir qu'ont pu prôner les responsables des différents services. Ce deuxième échantillon nous a rapproché des collaborateurs qui sont en lien direct avec les résidants. Comme nous avons pu le lire dans les lectures de Pichonnaz (2019, 2020), au travers des exemples qu'il ressort de la priorisation, il constate effectivement qu'il est aussi possible que le résidant et ses besoins s'opposent à un ou à des services de l'EMS pour se faire entendre. Alors le fait de participer activement à deux activités menées par l'animation, nous permettait aussi, d'identifier les divergences

qu'il y avait entre ce qui est proposé par le service, avec ce dont le résidant exprime avoir besoin et finalement avec les limites institutionnelles qui pousseraient le professionnel à devoir limiter le pouvoir d'agir du résidant dans ses demandes.

Nous avons pu ainsi, faire évoluer nos réflexions en ayant grâce à notre échantillon, un aperçu de tous les points de vue concernés par notre sujet de recherche. Pour favoriser les échanges que nous voulions voir entre résidants et professionnels, nous avons sélectionné deux activités bien distinctes. L'une a permis de solliciter des résidants encore actifs et plus éveillés intellectuellement, et l'autre nous a permis d'observer les échanges qu'il peut y avoir avec des résidants plus impactés par leurs maladies dégénératives (type Alzheimer).

4.2 Méthode de récolte de données

Pour ensuite nous permettre de récolter les données de ces divers intervenants, nous avons sélectionné deux méthodes précises. La première, l'entretien collectif, a servi à faire émerger simultanément les discours des différents responsables de service comme expliqué ci-dessus, afin de comprendre leurs enjeux et leurs visions au sujet du pouvoir d'agir et de l'autodétermination. Puis, la seconde méthode, l'observation narrative en activité, que nous avons utilisée pour comparer les résultats obtenus en amont avec les retours récoltés sur la partie terrain de la deuxième. En observant les professionnels et en échangeant avec les résidants nous avons pu comparer et faire émerger les similitudes et divergences qu'il pouvait y avoir entre les discours qui prônent l'autodétermination de nos jours, et les réalités du terrain qui peuvent influencer le pouvoir d'agir du résidant.

Pour arriver à mettre en lumière tous ces éléments nous avons travaillé sur deux méthodes de récoltes de données comme vous l'aurez compris. En effet, nous avons débuté par un entretien collectif avec la responsable du service de l'animation Carine et la responsable du service soignant Laurence, en leur proposant des situations emblématiques du travail social en EMS sous la forme de questionnements semi-directifs. L'entretien permet par une brève introduction sur les objectifs visés, de donner le ton de l'échange. Cet outil donne une certaine liberté à l'intervenant, donc ici au responsable de secteur que nous interroignons, d'exprimer sa réalité et d'approfondir les réponses évoquées. Cette méthode, nous a permis de poser des questions assez ouvertes sur des situations pour obtenir des réponses élaborées et proches de leurs vécus au quotidien. L'entretien collectif, sous cette forme, sera aussi semi-directif, car nous avons pu également rediriger la personne si nécessaire vers l'objectif de notre rencontre si celle-ci s'en éloignait en lui posant une autre question afin de rebondir sur

ces propos. Cela nous permettait de relancer la dynamique de cet échange et d'explorer davantage les dires des personnes interviewées (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Pour valoriser la profondeur des questions que nous posions, nous avons décidé de ne pas faire une liste de questions sous forme de grille d'entretien, mais de rédiger quatre situations emblématiques et complexes pour permettre aux responsables justement, d'échanger entre eux pour co-construire leurs réponses. Ces situations regroupaient les différentes théories et questionnements que nous avons fait émerger au fur et à mesure de notre recherche en lien avec nos hypothèses. Ce choix, a permis de « plonger » les personnes questionnées dans leur réalité en évoquant leurs souvenirs sur des situations qu'elles avaient potentiellement déjà vécues. De plus, leur donner à réfléchir sur des situations qu'elles avaient sûrement déjà vécues ensemble, permettait aussi de les laisser évoquer d'autres situations qui seraient très parlantes à propos des limites et des enjeux qui planent au-dessus du sujet de l'autodétermination du résidant dans l'EMS. Ce choix de méthode a eu plusieurs bienfaits, il a permis de vivre cet échange en laissant une réelle liberté à chacun tout en gardant un contact direct et un lien avec les personnes questionnées. Ce contexte nous a permis d'obtenir une véritable authenticité de la part des professionnelles. Cette méthodologie a permis de saisir les prises de positions des diverses professionnelles en analysant tant les points de vue qui sont communs et partagés entre tous et ceux qui étaient à l'inverse divergents (Duchesne & Haegel, 2014). Les auteurs Duchesne & Haegel (2014) démontrent que le fait d'évoquer des situations qui sont partagées entre les acteurs questionnés permet de faire ressortir davantage leurs singularités et similarités dans l'identité qui leur est commune dans ce contexte professionnel. En identifiant mieux les positionnements des responsables face à notre sujet nous pouvions alors davantage nous concentrer lors de nos observations directes sur les éléments, actes et accompagnement qui favorisaient en effet l'autodétermination ou alors les freins et limites qui empêchaient l'expression du pouvoir d'agir dans la pratique.

Nous avons dû démontrer une certaine autonomie et souplesse en tant que chercheuses afin de pouvoir rebondir sur les propos ou les situations évoquées par les personnes questionnées (Van Campenhoudt et Quivy 2011). Cette méthode nous permettait alors, aussi de travailler sur certaines qualités dont nous devons faire preuve au sein de notre formation et pratique professionnelle future (entre autres, la flexibilité, la patience, l'écoute active, la reformulation, la proactivité et l'anticipation).

La deuxième partie de notre méthodologie se composait donc, de la méthode de l'observation en situation avec un certain degré de participation. Nous l'avons mise en place sur deux activités menées par le service de l'animation soigneusement

sélectionnées que nous appellerons pour ce travail A1 (activité hyper-stimulante avec des résidants encore très éveillés) et A2 (activité plutôt hypo-stimulante qui correspondait mieux à des résidants plus en situation de handicap). L'observation en situation nous permettait en tant que chercheuses de devenir des réelles témoins des comportements et accompagnements que proposaient les professionnels dans leur pratique. En suivant ces deux activités de bout en bout, cela nous permettait de physiquement assister à cette réalité terrain qu'est la leur et de vivre avec eux les imprévus et les aléas qui rythmaient leur profession. Cette méthodologie nous a permis également de prendre des notes sur les informations qui nous interrogeaient au fur et à mesure de l'observation sans pour autant savoir si elles nous seraient toutes utiles par la suite. En étant pleinement plongées dans ces activités, cela a permis de multiplier les contacts et les échanges qui nous aidaient à faire avancer notre enquête (Martineau, 2005). Lors de ces observations, nous devons aussi faire preuve de vigilance afin de pouvoir être acceptées dans l'activité et dans le groupe de résidants, tout en essayant d'adapter notre posture selon le contexte pour maintenir une certaine distance (pour ne pas entrer dans de la participation complète). Nous avons effectué de l'observation participative, ce qui nous a permis à la fois de nous intégrer tout en observant, mais aussi de pouvoir échanger avec les résidants (Gold, 1958, cité dans Winkin, 1997). Le fait d'utiliser cette méthodologie nous apprenait également à accepter que nous ne pouvions pas tout observer ni tout retenir dans notre travail (De Ketele & Roegiers, 2016). Cette méthode de récolte de données peut aussi être une des limites dans notre recherche, car notre présence a forcément influencé sur les interactions entre les membres du groupe qui s'y jouaient (O, Udressy, brochure non publiée, 2013).

4.3 Ethique

Afin de respecter les principes éthiques de la recherche, nous nous sommes référées au « code d'éthique de la recherche », édité par le Groupe romand de coordination du Travail de Bachelor en février 2008, qui est une adaptation pour le champ social du « code d'éthique » de la FPSE de l'Université de Genève. La charte éthique repose sur deux principes que nomme Martineau (2007) comme les conduites des chercheurs (objectivité et honnêteté par exemple) et sur le respect des personnes interviewées. Pour respecter les principes directeurs évoqués ci-dessus par Martineau (2007), nous avons tenu à relever principalement dans notre démarche des aspects concernant le respect des personnes :

Le premier principe repose sur le respect du consentement libre et éclairé : qui comprend que le participant donne son accord de participation, qu'il peut en tout temps choisir d'interrompre sa participation et qu'il doit être pleinement informé sur ce que nous allons

lui demander. Pour honorer ces conditions, nous avons commencé par proposer aux deux responsables de service, un formulaire de consentement (cf. annexe). Ce dernier stipule le droit de rétraction, l'anonymat de leur nom et annonce nos intentions quant à l'utilisation des données récoltées. Toutes ces conditions, nous ont permis d'offrir le choix aux responsables sélectionnées de pouvoir donner leur accord éclairé en connaissant nos intentions et l'aboutissement prévu pour ce travail de recherche.

En lien avec ce premier aspect que nous voulions respecter, en voici un autre qui a eu toute son importance en vue des moments d'échanges que nous avons passé avec les résidants lors de nos observations : le respect des personnes vulnérables. En effet, en raison des pathologies des résidants en EMS il n'était pas facile d'appliquer ce principe et celui juste au-dessus tel quel. Lorsque les personnes que nous avons côtoyées dans cette recherche ne sont plus capables de discernement par exemple ou qu'elles sont sur le « déclin » au niveau intellectuel, nous avons dû essayer par des moyens simples de parvenir à répondre à ces principes. Tout d'abord en lien avec le respect des personnes vulnérables, nous nous sommes préparées à faire ces observations, non pas comme personne complètement externe à l'animation en cours, mais comme observatrice avec un certain degré de participation à l'activité. Ce moyen simple, nous a permis de faire « équipe » avec les résidants et de nous mettre à leur niveau (rééquilibrer le pouvoir et la hiérarchie) afin qu'ils ne nous perçoivent pas comme des expertes venant les juger. De plus en participant comme eux à l'animation, cela nous a permis de créer du lien avec eux, et d'apprendre à mieux les connaître et les comprendre afin de préserver dans notre travail le respect de leurs vulnérabilités. Enfin, concernant le premier principe touchant lui, au respect du consentement libre et éclairé, nous nous sommes mises au clair avant de débiter les animations avec les professionnels, qu'il était important pour nous qu'ils nous présentent auprès des personnes âgées que nous allions rencontrer, et qu'eux ou nous-même disions avec des mots simples pourquoi nous étions là avec eux. Cet acte a permis aux résidants de comprendre notre intervention et d'accepter ou non notre présence pour le temps de l'activité. Une personne qui n'a plus la capacité de discernement ne veut pas dire qu'elle n'est plus du tout à même de pouvoir prendre certaines décisions. Dans notre situation, en prenant le temps de leur expliquer notre présence et qui nous sommes, les résidants ont pu de manière totalement éclairée donner leur accord ou leur désaccord. Par exemple un des résidants a exprimé librement ne pas vouloir que l'activité se passe à la table où il était installé, mais que la table juste à côté de lui convenait parfaitement. Et d'autres résidants ont été très réjouis de notre venue et ont apprécié rencontrer de nouvelles personnes.

Et enfin le principe de confidentialité, d'anonymat et du respect des données sensibles que nous avons mobilisés afin de protéger les intervenants de l'EMS que nous avons rencontrés. Pour respecter ce principe, le formulaire de consentement que nous avons proposé de signer aux deux responsables leur a permis d'être assurées du respect de leurs dires, l'anonymat de leur personne et de l'institution en question.

5. Analyse des résultats

Afin de mieux récolter nos données au moment de l'entretien avec les responsables, nous avons choisi de rédiger des situations emblématiques et quelques questions supplémentaires (cf. annexe) comme vous le savez, pour faire émerger des débats et les différentes postures professionnelles en lien avec nos hypothèses de recherche. Lors de la retranscription, nous avons veillé à bien différencier les prises de paroles des actrices pour nous permettre de plus facilement élaborer des liens avec notre cadre théorique. De plus, grâce au journal de bord que nous avons tenu lors de nos observations, nous avons pu utiliser son contenu pour comparer ou imaginer les propos des responsables avec la réalité du terrain. Cette méthode d'analyse nous a permis d'organiser lors de notre présentation orale dans le cadre de l'école nos pensées et d'en ressortir les grands thèmes, qui nous aidé à faire avancer notre sujet de recherche. Nous avons finalement pris en compte tous ces éléments au moment de la rédaction de notre analyse pour les faire parler entre eux et mettre en lumière les aspects qui semblaient être les plus pertinents parmi nos nombreux résultats.

Notre analyse s'articule autour de quatre axes : les enjeux de priorisation, les freins et les encouragements à l'autodétermination, la théorie de l'accompagnement confronté à la réalité du terrain et enfin la différence hiérarchique entre les secteurs soignant et animation.

5.1 Enjeux de priorisation

Dans ce premier chapitre concernant l'analyse de nos résultats, nous allons aborder ci-dessous les données récoltées que nous pouvons mettre en lien avec les écrits de Pichonnaz (2019, 2020) en vue de l'importance qu'a pu prendre ses apports dans notre cadre théorique. Nous allons relever différents principes tels que l'activité prudentielle, l'excellence professionnelle et les tendances de priorisation des quatre principes. Certains de ces points théoriques sont également repris et approfondis dans des situations plus spécifiques au sein des différents thèmes d'analyses qui suivront ce chapitre. En revanche, nous allons peu discourir sous ce thème, à propos de l'analyse

dispositionnelle vue dans les écrits de Pichonnaz (2019, 2020), n'ayant pas obtenu suffisamment de réponses pertinentes dans notre terrain d'enquête pour l'évoquer.

5.1.1 L'ACTIVITE PRUDENTIELLE

Pour rappel, l'activité prudentielle est désignée par Champy (2015, cité par Pichonnaz 2019, 2020) comme étant une caractéristique des métiers qui sont en relation avec l'Humain. Dans notre recherche, nous pouvons alors considérer le métier de soignant et celui d'animateur comme telle. Ce sont les incertitudes des situations qui rythment leur profession et les outils/méthodes qui sont mobilisés par les professionnels pour y faire face qui caractérisent ces métiers. Cependant, nous avons pu constater au travers de l'entretien collectif que nous avons mené avec les deux responsables de ces services, que la nature des outils et méthodes utilisés pouvaient fortement varier entre ces professions. Par exemple la soignante débute ses réflexions à propos d'une prise en charge par : « Au niveau des soins, nous ce qu'on va faire normalement c'est qu'on fait un bilan sur les capacités de la personne », ou qu'elle va effectuer : « un dépistage de la malnutrition ». Alors qu'à l'inverse dans les réponses de l'animatrice, nous avons davantage recueilli que pour accompagner une prise en charge avec un résidant son service commençait par mettre en place de petites actions, pour leur permettre avec le résidant d'affiner au fur et à mesure la demande et le besoin qu'il peut y avoir derrière. Pour ainsi élargir leur marge de manœuvre et pouvoir créer un plus grand projet concret. Nous nous questionnons alors, à savoir s'il peut y avoir des degrés différents d'activité prudentielle en vue de ces différences de tendance et d'outils qui permettent à ces secteurs d'agir.

En effet, comme nous le constatons dans le discours que nous a livré la responsable des soins Laurence, son équipe mobilise beaucoup d'outils techniques afin d'établir toutes sortes de bilans (médicaux, de capacités, de compétences, ...). Alors que la responsable de l'animation Carine nous expliquait que son secteur se base lui, uniquement sur les besoins et les choix des résidants. De ce fait, il en découle que le cadre de celui-ci peut énormément fluctuer et s'adapter d'un jour à l'autre selon les demandes. En fonction de ces résultats, nous relevons que les soins peuvent jusqu'à un certain point protocoler la profession et agir de manière systématique grâce à des actes techniques. Alors qu'à l'inverse le métier d'animateur, lui ne peut être protocolé ou appliqué par des actes autant mesurables, comme il découle pleinement du résidant et de son autodétermination.

Alors comment expliquer que Pichonnaz (2019, 2020) considère tous les métiers de l'EMS comme des activités prudentielles, en raison de leur constante relation avec

l'Humain, qu'elles ne peuvent protocoler et utiliser de solutions miracles car c'est la personne qui est accompagnée qui en s'autodéterminant peut imposer les règles du jeu et influencer la complexité des situations. Les activités prudentielles sont rythmées par les choix que les personnes font, on comprend alors que rien ne peut pleinement être fixé à l'avance, ce qui en fait des professions aux contours flous. Nous avons compris que le point déterminant qui permet de caractériser le secteur soignant comme étant aussi une activité prudentielle, est la singularité de la population qu'il accompagne, comme ici dans l'EMS. Les résidents imposent par leurs choix, leur rythme de vie et la complexité que demande leur accompagnement une certaine flexibilité au service soignant, qui ne se retrouverait peut-être pas à son origine (comme dans les structures purement médicales par exemple). Voilà pourquoi dans le cas d'un EMS, Pichonnaz (2019,2020) considère ce secteur comme tel malgré qu'il applique des outils et méthodes techniques et protocolées.

Cette analyse nous a permis de mieux interpréter le discours de Laurence que nous avons perçu comme très avancé et très soucieux en termes d'autodétermination, de réflexivité sur l'accompagnement du résident et de créativité dans les projets de l'EMS que ce que nous avons parfois pu entendre par d'autres responsables de secteurs soignants. Par exemple Laurence, nous a confié que, « *C'est hyper important que le résident se sente comme à la maison* », ou qu'elle rêvait d'avoir comme projet à long terme que le service de la cuisine intègre les résidents dans la confection des snacks pour ceux qui veulent encore se sentir utiles qui aiment cuisiner. Laurence et son service, analysent aussi beaucoup de situations en tenant compte des besoins du résident selon l'infirmière américaine Virginia Anderson (1960, cité par Burrus, 1998, p.55-58) pour observer davantage le patient en tant qu'être humain, en le prenant en compte dans son entièreté afin de mieux l'accompagner. Cette auteur classe 14 besoins que la personne en souffrance a besoin pour se réaliser. Cette approche inclue tant des besoins vitaux et médicaux (vivre, respirer, se mouvoir, etc.) que des besoins sociaux et personnelles (tels que se réaliser, apprendre, communiquer, créer). La responsable des soins exprimait aussi son rôle médical de telle manière : « *Je pense que c'est important d'avoir une approche douce et bienveillante, il a le droit de dire « non » concernant la prise de sa médication* » ou encore dans l'importance à ses yeux dans certaines situations de préserver en priorité la dignité du résident. Discours, qu'un infirmier dans une structure purement médical ne tiendrait peut-être pas car son activité serait moins prudentielle que celle qu'exerce ici dans l'EMS Laurence.

Toutes ces prises de parole démontrent bien que ce secteur doit aussi adapter ses prises en charge et ses outils à la base purement technique, et parfois aller au-delà des actes

médicaux pour débattre de la bonne manière de faire ou d'accompagner la personne. Ce service, peut alors peut-être être considéré comme une activité partiellement prudentielle, car il mobilise des outils techniques à la base mais les adapte. Alors que le service de l'animation lui, part de « rien » et en réfléchissant sur sa propre pratique, il se crée ses propres outils (autres que techniques) qui lui permettent comme le demande une activité prudentielle de répondre à la singularité des situations, demandes et choix des résidents qu'il accompagne au quotidien. Ce secteur-ci, peut alors être considéré selon cette logique comme étant pleinement une activité prudentielle.

5.1.2 L'EXCELLENCE PROFESSIONNELLE DE CES ACTIVITES PRUDENTIELLES

En raison des contours flous et du manque voire de l'impossibilité de protocoler les modes d'intervention de ces métiers, les professionnels sont obligés d'être plus ou moins indépendants dans leur secteur respectif en se créant leurs propres critères d'évaluation. Ces critères permettent une certaine régulation entre professionnels afin de définir ce qui est considéré comme un travail/un accompagnement bien fait ou non. Voilà pourquoi Pichonnaz (2019, 2020), nous décrit l'importance pour ces métiers de l'Humain de définir le terme d' « excellence professionnelle ». La définition du travail bien fait est donc propre au secteur en question et peut varier d'institution en institution comme de professionnel en professionnel, ce qui peut amener certains désaccords ou incompréhensions entre tous ces travailleurs qui tentent de collaborer.

Sur notre échantillon d'enquête, nous avons pu grâce aux propos de la responsable Carine clairement identifier ce que signifiait un « travail juste » et « bien fait » aux yeux du service de l'animation et soulever un potentiel désaccord qu'il pourrait y avoir avec la définition du travail « bien fait » du secteur soignant :

On n'oblige pas les gens à participer dans notre service mais on est vraiment dans de la proposition et dans de la stimulation. Après, si la personne refuse ou qu'elle ne veut pas, on ne va pas l'obliger. On ne doit pas être dans des actes qui sont obligatoires. Donc finalement l'autodétermination, elle est presque, enfin elle doit être presque évidente chez nous. Si on allait à l'encontre de cela, on ne serait pas dans le juste non plus, en tous les cas au niveau de notre métier à l'animation. Donc on est vraiment nous dans de la proposition d'activités et d'accompagnement et puis les résidents décident si oui ou non ils ont envie. On remarque, parfois à l'inverse de notre secteur que ça arrive, un peu plus en psychogériatrie avec les soignants, ou parfois, on nous accompagne des résidents à une animation en nous disant : « Ca va lui

faire du bien » et puis on se rend compte en tant qu'animateur que l'activité ne lui fait pas du tout du bien, ou que la personne ne souhaitait même pas venir, alors on sait aussi revenir en arrière et puis raccompagner le résidant en disant aux soignants : « Non, ça ne lui a pas plu, pas convenu, il ne désirait pas participer ». Dans certains cas, nous devons aussi essayer à la place de la personne si elle ne peut plus communiquer, mais alors là, nous adaptons au fur et à mesure notre accompagnement pour répondre correctement aux besoins de la personne.

En décortiquant sa réponse, on peut identifier assez clairement que le travail de l'animateur est considéré comme « bien fait », s'il n'oblige ou n'impose rien au résidant et qu'il doit lui laisser le libre choix. On peut aussi relever dans cette citation qu'à l'inverse, le secteur soignant peut imposer une animation ou quelque chose aux résidants parfois même sans avoir son consentement ou son avis. Nous pouvons alors, nous questionner, à savoir est-ce que ces actes-ci sont considérés comme « bien fait » pour les professionnels des soins ? Ou s'agit-il d'un cas isolé qui ne rime pas avec la définition de l'excellence professionnelle que donnent les soins à leurs pratiques ?

Sur la partie observation en activité de notre méthodologie de récolte de données, nous avons pu clairement identifier que les animateurs diplômés prônaient les propos de la responsable Carine dans leurs actes. Par exemple, ils laissaient toujours la possibilité au résidant de choisir sa place, de s'installer comme lui l'entendait et où il le souhaitait. Ou encore l'activité n'était pas imposée, mais proposée et l'animateur s'adaptait aux besoins et demandes du résidant (comme le fait d'aller jouer à une autre table, ou de faire cette animation plutôt qu'une autre). Ce qui reflète bien les propos de Carine quant à laisser le choix et ne pas obliger. Alors qu'à l'inverse tant dans l'A1 et l'A2, peu importe le niveau et les capacités cognitives du résidant, nous avons pu observer plusieurs soignants imposant la place, le fauteuil et le lieu où la personne accompagnée allait devoir s'asseoir. Ces actes démontrent peut-être aussi bien le discours que Carine avançait sur les « bonnes pratiques » que considère le secteur soignant. Peut-on même alors penser que la bonne pratique pour le personnel soignant c'est aussi penser un bout pour la personne et savoir peut-être parfois mieux qu'elle-même ce dont elle a besoin ? Nous pouvons peut-être assurer leur positionnement en tout cas sur les points qui concernent la santé car le personnel soignant est tout de même professionnel et expert dans ce domaine qu'est le bien-être de la personne et peut savoir anticiper ce dont le résidant a besoin pour être en bonne santé.

La variation de l'excellence professionnelle entre ces deux secteurs peut peut-être aussi s'expliquer en partie par l'éventuel manque de personnel et la différence du temps qui est à disposition entre ces deux services. En effet, l'animation a peut-être parfois davantage de moyens (autre que ceux de la flexibilité du cadre et de l'adaptabilité de son programme qui ont bien évidemment toute leur importance en termes d'excellence professionnelle pour ce service) en termes d'effectif, ce qui peut lui permettre une autre prise en charge et ainsi une autre excellence professionnelle. Alors que le personnel soignant peut facilement être amené à travailler en sous-effectif ce qui peut freiner son excellence professionnelle ou en tout cas l'amener à ne pas pouvoir respecter l'autodétermination du résident.

5.1.3 PRIORISATION DES QUATRE PRINCIPES

Nous allons vous présenter trois situations, la première nous a été rapportée par les responsables durant l'entretien collectif, tout comme la troisième et la seconde en revanche provient directement de nos observations en activité. Ces situations vont nous permettre d'illustrer nos propos et de faire des liens avec les apports théoriques de Pichonnaz (2019, 2020).

Lors de son entrée en EMS, Marguerite âgée de 84 ans a pu installer sa chambre et emmener certains meubles qui lui étaient chers. Comme sa grande armoire familiale, sa boîte à bijoux ou encore son grand tapis qu'elle avait rapporté d'un voyage avec son mari. Mais par-dessus tous ces bibelots, Marguerite se réjouissait d'emporter sa collection de hauts talons qu'elle portait quotidiennement depuis maintenant des années, habitude qu'elle compte bien poursuivre tant que la vie le lui permet.

Cette situation partagée par Laurence la responsable des soins, nous permet de mettre en lumière les différentes hiérarchisations que les secteurs de l'EMS ont pu mettre en valeur ici. Pour rappel, la hiérarchisation de ces quatre principes de Pichonnaz (2019, 2020) : principe qui valorise l'autonomie de la personne accompagnée/principe qui valorise la dignité du bénéficiaire/principe qui valorise la gestion des risques, englobant tout ce qui se rapporte à la sécurité et à l'hygiène/et enfin le dernier principe qui lui valorise le bien-être du personnel.

Ici, dans la situation de Marguerite, nous avons pu analyser que le personnel de l'intendance priorisait le principe de la gestion des risques, car pour eux, il était trop risqué et difficile d'entretenir la chambre de madame et de la nettoyer en ayant un si grand tapis en plein milieu. De plus, le bien-être du personnel les préoccupait, car ce tapis signifiait du travail en plus pour le personnel alors qu'ils avaient déjà bien assez à

faire dans tout le bâtiment. Pour eux, le fait que cette résidante s'autodétermine et se sente comme chez elle ne passait pas en priorité.

Alors que pour le personnel soignant, le fait que cette dame prenait possession de son espace leur tenait à cœur. Mais les principes de dignité et d'autonomie, passaient tout de même au second plan. Car pour eux, leur rôle leur imposait d'être garants de la sécurité de cette dame. Alors le fait qu'elle veuille avoir ce tapis et porter des hauts talons étaient synonyme de grand danger de leur point de vue. Comme nous l'a bien expliqué la soignante Laurence : *« Par contre, on va faire attention à tout ce qu'est de la prévention. Prévention des chutes, des tapis des choses comme ça. On va toujours essayer de discuter d'abord avec eux et entrer en matière pour tenter de négocier »*. Laurence nous a donc démontré que sa première priorisation plaçait d'abord la sécurité avant l'autonomie/dignité de la personne.

Mais comme nous l'avait expliqué Pichonnaz (2019, 2020), parfois, ce sont même les résidants qui peuvent être confrontés assez frontalement à une priorisation d'un secteur avec laquelle ils ne sont pas en accord... Et c'est ce qui s'est produit ici. Marguerite a clairement exprimé face aux préventions des soignants et de leurs tentatives pour lui faire retirer ses hauts talons que c'était hors de question pour elle. Les soignants ont alors ensuite compris en s'intéressant à l'histoire de vie de cette dame, qu'elle avait toujours porté des hauts talons et qu'elle percevait cela comme un réel trait de sa personnalité. Les soignants ont donc modifié leur priorisation et ont placé cette fois-ci en priorité la dignité et l'autonomie de cette personne en la laissant s'autodéterminer. L'objectif était donc plus uniquement de la sécuriser, mais aussi de la laisser se sentir bien.

Nous trouvons aussi important de rappeler, que la priorisation que peut effectuer un secteur professionnel ne remet pas pour autant en cause l'importance et la nécessité que tous les autres principes représentent. Cela signifie simplement que dans un contexte donné, un principe ou plusieurs prendront l'avantage sur les autres.

Katia, jeune animatrice diplômée, termine son activité quiz avec 3 résidentes peu avant le repas de midi. Elle propose alors à ces dames de les accompagner à leur étage respectif afin qu'elles puissent tranquillement s'installer à la salle à manger avant de pouvoir dîner. Les trois dames acceptent volontiers et la suivent jusqu'à l'ascenseur. Au fond du couloir, Jeanette, une soignante également diplômée qui travaille sur ce secteur, effectue un rapport dans le bureau. Elle exprime alors bruyamment à plusieurs reprises à Mme Potier qui marche à l'opposé de

son bureau, qu'elle doit y aller, qu'elle doit descendre et qu'il est l'heure. Sans forcément indiquer à madame qui souffre d'Alzheimer léger, où elle devait descendre et pour quoi il était l'heure. Jeanette, qui a entendu le discours de Katia, en a profité pour lui dire « descends-là aussi pour le dîner ! ». Katia acquiesça en comprenant qu'elle parlait de Mme Potier. L'animatrice s'est alors présentée face à cette dame pour lui proposer de descendre avec elle et ces dames à la salle à manger car il était midi, l'heure de dîner. Mme Potier a tout de suite compris et a très volontiers accepté de les suivre.

Comme le disait l'auteur Pichonnaz (2019, 2020) et cette situation le démontre très bien, le secteur soignant et le secteur de l'animation sont très souvent l'objet principal lorsque l'on parle de désaccord de priorisation. En effet, comme ici, nous pouvons facilement constater que cette situation est issue de leur collaboration au quotidien et qu'elle peut être assez fréquente. Avec leur étroite collaboration, ces deux services sont les plus à même de verbaliser et de démontrer leurs désaccords, ce qui peut régulièrement les amener à débattre quant à leur manière de hiérarchiser les quatre principes.

La soignante Jeanette, priorise apparemment son besoin d'efficacité dans cette situation. En effet, en ne se déplaçant pas vers la résidente et en ne l'accompagnant pas elle-même, cela lui permet peut-être de gagner du temps ailleurs et d'être plus efficace. Ou peut-être qu'elle valorise davantage son bien-être en tant que membre du personnel en s'évitant l'aller-retour jusqu'à la salle à manger en constatant que l'animatrice Katia y va de toute manière. Ou encore, cette soignante priorise certainement la sécurité de la résidente, en changeant de stratégie et en demandant à l'animatrice de l'accompagner pour que madame ne descende pas seule. Pour résumer, Jeanette place donc en priorité le principe du bien-être du personnel et celui de la sécurité.

Mais à l'inverse, la hiérarchisation des principes de Katia nous semble plus facile à percevoir et elle priorise de la manière totalement opposée à celle de sa collègue. On peut constater qu'elle s'adresse directement aux résidentes et leur laisse à chaque fois le choix. Ces actes démontrent qu'elle valorise le principe de l'autonomie, ainsi la personne accompagnée est libre de lui répondre « oui, je veux descendre avec vous », ou « non, je préfère encore attendre un peu ». De plus, nous avons pu relever que l'animatrice exprime aussi beaucoup de repères spatio-temporels (en rappelant l'heure, en évoquant le dîner ce qui permet de se situer dans le temps, en évoquant la salle à manger pour se repérer dans l'espace, ...) aux résidents. Ces repères peuvent être des moyens, permettant aux résidents de maintenir leur autonomie et de s'autodéterminer.

Le second principe que Katia valorise est celui de la dignité de la personne accompagnée. En effet, en s'adressant aux résidants par leur nom, en leur communiquant de manière à les regarder dans les yeux, cela démontre une forme de respect de leur personne ce qui permet de préserver leur dignité au sens large.

Dans cette situation spécifique ci-dessus, nous constatons que les deux secteurs sont effectivement en totale opposition concernant la hiérarchisation des quatre principes. Comme l'explique l'auteur Pichonnaz (2019, 2020), c'est exactement dans ces moments que ces désaccords pourraient prendre de l'ampleur selon l'importance de la situation et amener de réelles tensions entre les services. Mais heureusement, cela n'a pas été le cas ici (en tout cas pas durant le temps de nos observations).

Pierrot a récemment eu 75 ans et vit en EMS depuis quelques mois. Dans sa vie passée Pierrot appréciait tout particulièrement chaque semaine cuisiner de bons plats pour sa famille. C'est pourquoi il a eu l'idée de proposer son aide et sa passion à l'équipe de cuisine de la résidence afin de les épauler dans la préparation des repas. Cela lui permettrait de retrouver une occupation et de se sentir un peu plus utile.

Concernant le secteur de la cuisine, les responsables nous ont rapporté durant l'entretien collectif que ce genre de demande n'était pas envisageable pour eux. Car les cuisiniers sont très contrôlés sur les normes d'hygiène et en termes de lois à respecter, ils s'opposent donc clairement à ce qu'un résidant vienne faire une « activité » dans un domaine professionnel tel que le leur. De plus il priorise l'aspect de l'hygiène, mais aussi celui de la sécurité concernant le principe de la gestion des risques. Car en effet, dans une cuisine, le personnel ne peut accompagner le résidant et le surveiller, cela représenterait trop de travail supplémentaire. Il y a donc un grand risque d'accident, que les cuisiniers ne veulent devoir assumer. Et enfin, comme nous avons pu l'évoquer dans nos questions lors de l'entretien, les cuisiniers subissent aussi un grand stress lors de la préparation et le service des repas. Ils ont énormément de commandes à la seconde d'autant plus que la cuisine de l'EMS s'occupe aussi de livrer les repas dans une crèche de la ville. Avoir un résidant en plus de toute la pression qui est déjà subie par les équipes de cuisine, ne serait pas bon pour le bien-être du personnel. Les cuisiniers priorisent donc dans cette situation le principe de la gestion des risques et ces deux aspects ainsi que celui du bien-être du personnel avant tous les autres.

Cette situation, nous a cependant surprises, car comme nous avons pu le lire dans les écrits de Pichonnaz (2019, 2020) et dans les résultats qu'il avait obtenus dans un autre EMS, nous nous attendions à ce que le secteur des soins soutienne cette

hiérarchisation, au même titre que celle qu'effectue la cuisine. L'auteur, en conclut même que c'est dans ce genre de situations que le service des soins et celui de l'animation s'opposent le plus. Alors que sur notre terrain d'enquête cela n'a pas été le cas. Laurence (responsable des soins) et Carine (responsable de l'animation) étaient toutes deux dans leur discours sur la même longueur d'onde. En effet, ces services priorisent le fait que le résidant puisse trouver du plaisir dans une activité et trouver sa place dans cette structure qu'est l'EMS. Voir un résidant, comme ici Pierrot proposer un projet, les encouragent à valoriser le principe de l'autonomie du résidant qui pourra ainsi maintenir ses compétences, son sentiment d'utilité et son besoin d'être encore actif. Mais ces deux services s'accordent également en priorisant aussi le principe de la dignité, toutes deux pensent que respecter la demande du résidant permet de respecter sa personne, ses besoins et envies et de veiller à préserver sa dignité.

En résumé dans la situation de Pierrot, nous avons pu identifier que les secteurs bien que prédestinés à être opposés peuvent tout aussi bien s'entendre et s'accorder dans certains projets comme celui-ci. Hiérarchiser ces quatre principes, n'est pas facile ou évident comme nous aurions pu le penser. Effectivement, cela demande aux professionnels concernés d'effectuer une première délibération entre ces principes de manière individuelle (en lien avec les valeurs et principes personnels du professionnel), puis dans un second temps de confronter sa vision des choses à celles de ses autres collègues de secteurs, pour enfin confronter leur priorisation aux autres services, comme ça peut être le cas dans un établissement médico-social (Pichonnaz, 2019, 2020). Ce travail parfois éprouvant demande de faire des conjectures et des concessions, afin de préserver une bonne collaboration interprofessionnelle dans l'intérêt du résidant et de l'institution.

5.2 Les limites et les encouragements à l'autodétermination

« La dignité humaine protège l'individu âgé en ce qu'il a d'unique, reconnaît que chaque personne est un but en soi, préserve sa valeur et garantit son autonomie » (Catalogue des droits fondamentaux des personnes âgées en Suisse, 2017, p.6).

L'autonomie et l'autodétermination sont les bases solides sur lesquelles repose le travail social prôné actuellement par les différents professionnels exerçant une activité décrite comme prudentielle (Champy 2011, cité par Pichonnaz, 2019, 2020). Nous avons pu le constater lors de l'entretien que nous avons mené auprès des deux responsables et des observations effectuées auprès du personnel de l'institution. A la suite de ces divers moments, nous avons pu mettre en évidence diverses situations où l'autodétermination peut être à la fois grandement encouragée ou alors limitée au sein des EMS pour

diverses raisons. Dans les pages suivantes, il est donc question de mettre en lumière ces situations sous forme de sous-chapitres afin d'étayer notre cadre théorique d'exemples concrets.

5.2.1 CE QUI LIMITE L'AUTODETERMINATION DES RESIDANTS

5.2.1.1 *Les injonctions médicales*

Laurence nous a expliqué que dès son entrée en EMS, le résidant est amené à effectuer une anamnèse gériatrique ainsi que divers diagnostics infirmiers afin que le personnel soignant puisse avoir une idée plus précise de ses compétences et de son état de santé actuel. Pour donner suite à ces démarches, un suivi médical est mis en place. Certes, comme nous l'a fait comprendre Laurence à plusieurs reprises, ce suivi est individualisé et vise à respecter au maximum les choix de la personne mais il est quand même jalonné de plusieurs obligations que tout un chacun est contraint de respecter. Afin d'illustrer nos propos, les sous-chapitres suivants reprennent les obligations médicales principales qui sont ressorties de nos entretiens et observations.

5.2.1.2 *Les actes d'hygiène réalisés en EMS*

Pour débiter, nous allons évoquer le sujet des gestes liés à l'hygiène réalisés par les soignants et infirmiers qui travaillent quotidiennement auprès des personnes institutionnalisées. Ce qui est intéressant c'est que Laurence, responsable elle-même des soins, a moins mis en évidence ce sujet-là, mais Carine, responsable de l'animation, nous l'a rappelé à plusieurs reprises. Les infirmiers et soignants accomplissent des gestes essentiels à la bonne santé du résidant et ceux-ci passent par une hygiène saine. Elle nous a cité l'exemple des matins où elle évoquait le fait qu'il y avait certaines étapes non négociables à effectuer comme les toilettes, les douches et l'habillement et qu'il fallait souvent le faire rapidement, parfois au détriment des choix des résidants. Cela nous permet d'observer qu'effectuer les « actes d'hygiène » de cette manière peut peut-être restreindre l'expression du pouvoir d'agir des résidants car un des facteurs que Wehmeyer (1996, cité par Geurts & Haelewyck, 2022)) met en avant pour permettre de favoriser le pouvoir d'agir : il faut que l'environnement y soit favorable ainsi que les occasions s'y prêtent.

5.2.1.3 *La médication*

Dans notre entretien nous avons aussi abordé la médication qui est un sujet très complexe. En effet, nous avons posé la question aux deux professionnelles de nous éclairer sur leur manière de réagir lorsqu'un résidant refusait la prise de sa médication vitale et donc obligatoire. Carine nous a signalé qu'elle n'était pas confrontée à ce genre

de problème dans le cadre de l'animation. Laurence quant à elle, nous a livré cette réponse :

Si c'est un médicament qui est vital aussi pour le résidant, je pense que c'est important d'avoir une approche douce et bienveillante, il a le droit de dire non. Il a le droit de dire je refuse ce médicament, mais c'est à nous en tant que soignant de dire « ok, maintenant il est là, il n'a pas envie, il est dans l'opposition, je pars un moment, peut-être d'ici une demi-heure, une heure, je vais en reparler.

Cela nous questionne car on peut remarquer que le milieu soignant peut être souvent amené dans cette ambivalence entre favoriser les choix du résidant et répondre à ses besoins vitaux en termes de médication, parfois contre son gré. Ce qui nous amène directement à un deuxième questionnement qui est : que se passe-t-il quand le résidant refuse de prendre de manière ferme et prolongée sa médication ? C'est une question dont nous n'avons malheureusement pas la réponse car nous avons senti que c'était un sujet compliqué que les intervenantes cherchaient quelque peu à éviter.

5.2.1.4 Le corps médical extérieur à l'EMS

Il était également important pour nous de mentionner que les injonctions médicales ne viennent pas toujours de l'intérieur de l'établissement mais également des médecins qui suivent les résidants en dehors de celui-ci. Afin de mieux comprendre ce que nous désirons illustrer à travers ce propos, voici un exemple très parlant évoqué lors de nos entretiens :

Georgette, 79 ans, est institutionnalisée depuis 1 an. A l'âge de 70 ans, sa médecin lui a décelé un diabète à surveiller de manière régulière. Depuis quelques semaines, la santé de Georgette s'est détériorée. C'est maintenant une résidente dite en état palliatif, c'est-à-dire qu'on essaie au maximum d'éviter les soins qui ne sont pas « vitaux ». Cela veut dire que les infirmières ne faisaient ses glycémies que quand celles-ci étaient supérieures à 20 afin d'éviter de la déranger de manière inutile. Cela n'a pas plu à sa médecin qui la suivait en dehors de l'institution car elle avait l'impression que les infirmières décidaient pour elle. Elle a donc décidé que les glycémies devaient être faites 5 fois par jour. Cela voulait donc dire que Georgette allait être piquée à 5 reprises dans la journée au bout des doigts. Malheureusement, les infirmières n'avaient plus le choix. Elles devaient répondre aux ordres médicaux. Peu de temps après, Georgette a commencé à énormément souffrir, elle avait les doigts tout bleus. Cela

mettait dans l'inconfort la résidante mais aussi les infirmières qui la voyaient terriblement souffrir mais la médecin ne cédait pas, n'écoulant pas du tout le personnel en lien direct avec la résidante. Pour sortir de cette situation, il a fallu demander à la résidante en accord avec sa famille de changer de médecin afin qu'elle puisse être accompagnée dans ses choix de fin de vie de manière sereine.

Cette situation nous permet de constater qu'effectivement les 4 grands principes du monde médical que citent Beauchamp et Childress (2001) qui sont la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice tendent à être au maximum respecté. Mais parfois, il arrive aussi que le serment d'Hippocrate qui consiste à soigner à tout prix prenne le pas sur le fait de laisser le résidant s'autodéterminer dans ses démarches palliatives.

Pour terminer, Laurence nous a aussi signalé qu'un des facteurs limitant l'autodétermination chez la personne âgée était « la complexité du monde de la santé qui est régit par l'OFSP, le Service de la Santé publique, le manque de personnel et de formation, les critères économiques, le manque de compétences, etc... »

Les situations présentées ci-dessus sont très fréquentes en EMS. Le personnel soignant est constamment tiraillé entre l'expression de l'autodétermination des résidants et le fait que ceux-ci doivent aussi continuer de se réaliser et de vivre une fin de vie dans de bonnes conditions.

5.2.1.5 L'emménagement en institution

L'entrée en EMS peut être vécue comme un réel bouleversement, voire un vrai dépouillement matériel et identitaire (Badey-Rodriguez, 2005). En effet, comme le précise l'auteur, l'entrée en institution se fait souvent de manière inattendue pour la personne âgée, elle n'a pas du tout le temps de s'y préparer. Toutefois, nous avons pu en discuter avec les deux responsables lors de l'entretien et l'image qui était donnée de l'accueil au sein de leur établissement était tout autre. Celles-ci nous ont vraiment fait comprendre que le résidant devait se sentir comme chez lui et que tout le personnel y mettait un point d'honneur. Une visite de la chambre est organisée avec le résidant, sa famille et la référente des entrées qui a exclusivement pour rôle de favoriser le bien-être du résidant dès son arrivée. On pourrait croire que cela n'entrave en rien la capacité du résidant à s'autodéterminer car il peut faire des choix sur ce qu'il veut prendre ou non en fonction ce qui est important pour lui comme objet ou mobilier. Toutefois, qui dit nouveau lieu, dit également aménagement de ce lieu. Comme le disent Grossen et Zitoun (2014) la notion de matérialité peut être très précieuse dans des moments de transition pour la

personne institutionnalisée. Les objets jouent un rôle primordial pour la personne dans le maintien de sa personnalité et de ses ressources psychologiques. Seulement, en institution, d'autres priorités s'installent et notamment celles de la prévention et de la sécurité. Laurence nous a amené le fait que ce sont ces priorités qui prennent le pas le plus souvent sur ce que le résidant a le droit ou non d'emporter avec lui. Evidemment, elles nous ont signalé pouvoir entrer en matière lors de situations plus spécifiques comme la situation évoquée plus-haut avec la dame aux talons aiguilles, mais que dans la plupart des cas, des choix doivent être effectués, non en fonction ce que le résidant estime mais plutôt de comment cela peut être « acceptable » pour l'institution. Cela amène le résidant à devoir faire des choix dès son entrée et cela se fait parfois au détriment de ses envies.

5.2.1.6 Le regard des autres résidants face à sa propre vieillesse

Rentrer en institution rime aussi avec vie en communauté. En effet, il faut donc s'intégrer dans cette micro-société qu'est l'EMS comme l'appelle Michelet Coutama (2020). Cela peut aussi exercer une grande influence sur l'autodétermination et comment le résidant exprime ses choix. Nous en avons parlé lors de l'entretien et Carine nous a fait comprendre qu'il est vrai que bien souvent les résidants peuvent craindre le regard des autres sur leurs capacités en déclin. Elle évoquait l'exemple d'une activité peinture qu'ils avaient effectuée peu de temps avant notre passage. Une résidante n'avait pas voulu y participer, malgré son envie de peindre, car elle rencontrait de gros problèmes de tremblement qui la mettait mal à l'aise et encore plus au contact d'autres personnes. Carine nous disait alors que le devoir de l'animation était de l'inciter à quand même essayer et l'encourager à croire en ses capacités car le soutien dont la personne bénéficie est aussi un facteur important dans l'expression de ses choix comme nous le dit Wehmeyer (1996, cité par Geurts & Haelewyck, 2022). Toutefois cela n'aurait aucun sens de la forcer à accomplir quelque chose dans laquelle elle ne se sent plus à l'aise malgré le fait que si les autres résidants n'avaient pas été là, la situation aurait peut-être été différente.

Cela nous démontre que l'entrée en EMS et la cohabitation avec les autres résidants déjà établis influencent de manière assez importante les choix que la personne institutionnalisée peut faire. Elle doit faire preuve d'adaptation et aborder les choses différemment de ce qu'elle avait pu le faire jusqu'à maintenant, parfois malgré elle.

5.2.1.7 Les familles des résidants

Nous avons pu observer que les familles pouvaient avoir également une incidence sur l'expression des désirs du résidant et de ce fait sur sa manière de se réaliser. En effet,

en règle générale, la famille accompagne le bénéficiaire lors son entrée en EMS. Comme précisé dans le cadre théorique et également dans le point d'analyse (5.1.2.5), il arrive certaines fois que l'institutionnalisation se passe de manière très rapide et brutale. (Chap. 2.2.2 La transition en institution pour la personne âgée). Cela met les familles au pied du mur concernant les choix qu'ils ont à opérer pour le bien-être de leur proche. Dans ce cadre-là, il peut paraître évident qu'on ne réfléchit plus autant à mettre en avant les décisions personnelles du futur résidant mais plutôt à répondre à l'urgence de la situation en allant au plus efficace en termes d'accueil et de bien-être afin de se « décharger » de certaines responsabilités très lourdes à porter.

La famille peut également être un frein une fois que la personne est déjà institutionnalisée. En effet lors de notre entretien avec Carine et Laurence, celles-ci nous ont énoncé la situation suivante dans laquelle la personne âgée cherchait encore à s'autodéterminer en exprimant son désir de continuer à se rendre chez la coiffeuse et où sa famille s'y est fermement opposée sans lui donner d'explication. Carine nous a également exposé cette autre situation dans laquelle certaines familles « forcent » le service d'animation à prendre leur proche institutionnalisé à telle ou telle sortie en prétextant que de participer à cette activité lui ferait du bien alors que la personne elle-même n'en a pas du tout envie. Il est parfois difficile pour les familles de renoncer à prendre des décisions à la place de leur proche car cela rimerait avec un lâcher-prise sur le temps qui passe et la fin qui se rapproche malgré tout.

5.2.2 CE QUI ENCOURAGE L'AUTODETERMINATION DES RESIDANTS EN EMS

5.2.2.1 *Le suivi individualisé*

Lors de notre entretien nous avons évoqué l'individualisation des pratiques comme outil favorisant l'autodétermination. En effet, comme l'évoque Michelet Coutama (2020) la mise en place de « projet personnalisé » ou « projet de vie » permet au résidant de rester acteur au maximum de sa vie en EMS. Nous désirions voir ce qu'il en était réellement sur le terrain.

D'après Hospimedia (2018) le projet individualisé permet aux professionnels de proposer un accompagnement respectant la singularité des résidents et leurs volontés. Après avoir amené cette question aux deux responsables nous n'avons pas obtenu de résultats ou de situations claires où des activités ou moments individuels étaient au cœur de leurs pratiques quotidiennes. En effet, dans le cadre des soins, Laurence nous a signalé qu'effectivement, comme expliqué plus-haut, lors de son entrée en EMS le résidant bénéficiait d'un bilan complet effectué de manière individuelle afin de connaître son parcours de vie et ses envies actuelles. De plus, elle nous a indiqué que lors des

entrées, chacune des personnes étaient suivies durant une durée de 7 jours minimum afin de connaître ses habitudes de vie et sa façon de fonctionner.

Quant à Carine, elle nous a avoué qu'elle essayait de faire de l'individuel mais que ce genre de suivi était très compliqué à mettre en place malheureusement. Nous avons donc compris que les professionnels essayaient de faire ce qu'ils pouvaient pour tendre vers une singularité des pratiques mais qu'avoir un suivi individuel des bénéficiaires dans des moments de vie quotidiens en EMS était compliqué. Cependant, nous avons pu remarquer d'autres situations lors de nos observations, dans lesquelles les spécificités de chacun étaient mises en avant de manière individuelle afin que les besoins soient respectés et que les résidents se sentent encouragés par leur environnement ce qui favorise grandement la prise de décision (Wehmeyer, 1996, cité par Geurts & Haelewyck, 2022) :

- Appeler chacun des résidents par son nom et prénom afin qu'il se sente reconnu.
- Proposer à tel ou tel résident de s'installer dans un endroit où il se sent à l'aise pour participer à l'activité. Ce qui démontre que les professionnels sont attentifs à ses habitudes au sein de l'établissement.
- Départager les résidents afin qu'ils puissent participer à une activité qui respecte leurs besoins en termes de stimulation.
- Adapter son discours à chacun afin de proposer l'activité ou la chose à faire de la meilleure manière possible, correspondant aux besoins des résidents.

5.2.2.2 *La liberté professionnelle du service d'animation*

Un autre point fort permettant au résident de s'autodéterminer est le suivi qui peut être mis en place par le service d'animation. En effet, ce service dispose de contours plus larges et moins stricts en termes de résultats que celui des soins. C'est ce que précise Carine lors des entretiens :

Nous au niveau de l'animation, on est un secteur un peu privilégié au niveau de l'autodétermination, parce qu'on n'oblige pas les gens à participer mais on est vraiment dans de la proposition et de la stimulation mais après si la personne refuse ou qu'elle ne veut pas, on ne va pas l'obliger. On ne doit pas être dans des actes qui sont obligatoires. Donc finalement l'autodétermination elle est presque, enfin elle doit presque être évidente chez nous. Si on allait à l'encontre de cela, on ne serait pas dans le juste, non plus, en tous les cas au niveau de notre métier à l'animation.

Cela établit un lien direct avec ce que notre analyse sur la hiérarchisation, plus précisément le point 5.1.1 traitant de l'activité prudentielle, veut mettre en lumière. En effet, à la suite de nos résultats d'analyse, il semble que les activités prudentielles s'échelonnent en plusieurs degrés différents. Il n'est donc pas question ici de dire que les soins ne garantissent pas l'autodétermination chez les résidants mais qu'ils la prônent différemment, à travers d'autres situations, que le service d'animation. Celui-ci est peut-être moins régi par diverses injonctions et plus enclin à favoriser, dans la grande majorité des cas, les choix des résidants.

En effet, le monde médical est plus procédurier, il y a des objectifs journaliers à atteindre. Tandis, que comme le cite Laurence plus haut, l'animation est plus libre et a plus de temps à sa disposition. Cela rejoint les écrits de Grenier et Simard (2011) qui évoquent que le travail social sert de rempart à l'exclusion et qu'il est de notre devoir de reconnaître les efforts et les expériences des personnes pour les laisser faire leurs choix. C'est également ce que mentionne la charte des animateurs, Federanim (2018) : « L'animation socioculturelle postule que chacun est en mesure d'affirmer sa place dans la société, d'exercer un pouvoir et de co-construire sa vie et celle de son groupe vers un mieux-être collectif » (p.4).

5.2.2.3 *Les résidants eux-mêmes*

Finalement, comment conclure ce chapitre sans parler de la personne âgée en elle-même. En effet, divers facteurs peuvent influencer l'autodétermination de beaucoup de manières différentes mais le choix final appartient et de manière certaine à la personne qui est elle-même confrontée à la prise de décision. A travers ce sous-chapitre et l'entretien effectué nous voulions savoir si ce qu'avancent McCallion et Ferretti (2017) sur le fait que l'autodétermination des personnes âgées devient plus menacée quand elles atteignent un âge avancé était véridique ou non.

Lors de notre entretien, Carine nous a justement dit qu'une de ses résidentes lui avait dit cela « *maintenant on attend juste que le temps passe, on n'a plus spécialement d'envies...* » ce à quoi Laurence elle-même a ajouté : « *la difficulté c'est aussi que la personne âgée dira plus facilement non et ne vient pas non plus forcément avec une demande bien formulée, ou elle nous dit « ah moi mon bonheur ça serait de pouvoir aller boire un café au resto du village »... sinon ça serait bien trop facile* ». C'est également ce qu'amène Michelet Coutama (2020) qui nous dit qu'un des principes fort en EMS est le fait que l'individu puisse refuser de participer. Cela peut s'avérer être difficile à accepter pour les personnes gravitant autour de la personne âgée, mais le fait de dire non est aussi une manière de perpétuer son autodétermination et fait même partie d'un

des principes phares qui est mis en avant pour la qualifier par Wehmeyer & al., (2013). En effet, voici ce qu'ils disent à ce sujet « l'autodétermination est l'habilité d'une personne à indiquer ses préférences, à faire des choix et à amorcer une action en conséquence » (p.34). Cela nous amène à remarquer que la personne âgée institutionnalisée s'autodétermine toujours, simplement de manière différente et à son rythme.

5.3 La théorie de l'accompagnement confronté à la réalité du terrain

L'accompagnement est une notion très dense et qui ne cesse d'évoluer à travers les années et les nouvelles pratiques. Evidemment, c'est un terme qui s'est très vite retrouvé au centre de nos recherches car il est le trait d'union entre chaque professionnel œuvrant auprès de bénéficiaires. Pour analyser ce thème, nous avons à cœur de pouvoir l'aborder différemment. En effet, nous nous sommes rendues compte au fur et à mesure de nos recherches qu'il y avait une grande différence entre la théorie amenée par les responsables et la réalité du terrain que vivent les professionnels qui influence grandement leur manière d'accompagner.

Cette observation nous a fait penser à une base théorique que nous n'avions pas intégrée dans notre cadre théorique qui est celle du travail prescrit face au travail réel. En effet, voici ce que nous dit Maulini (2010) sur ce sujet « *Il y a d'un côté le travail prescrit, c'est-à-dire ce qui est attendu du travailleur et formalisé dans des procédures, des directives, des marches à suivre, des codes, des programmes, etc... Et par ailleurs le travail réel, à savoir ce que l'opérateur produit et a le sentiment de produire effectivement, tantôt en deçà, tantôt au-delà des règles et des attentes formelles* ». Celui-ci pousse encore plus loin la réflexion en évoquant le fait que la compétence professionnelle serait la ressource nécessaire pour combler l'écart. « *Je ne montre ma compétence (et je n'en ai besoin) qu'à partir du moment où suivre les ordres ne suffit pas pour produire les transformations du monde que j'adresse à d'autres et/ou que j'attends de moi* » (Maulini, 2010, p.23).

Dans cette partie du travail il est donc question d'aborder la version de l'accompagnement amenée par Carine et Laurence lors de notre entretien qui représente le travail prescrit et de la mettre en lien avec ce que nous avons pu apercevoir sur le terrain en lien avec le travail réel que nous avons observé. Dans nos moments d'échanges nous avons principalement abordé le thème de l'accompagnement à travers l'autodétermination. En effet, comme le cite Paul (2009b) l'accompagnement dans sa forme minimale est le fait « d'être avec et aller vers, sur la base d'une valeur symbolique,

celle du partage » (p.95). On comprend donc que la signification même de la démarche est de rencontrer l'autre là où il en est actuellement et de l'accompagner dans les différentes démarches de sa vie quotidienne afin qu'il se sente soutenu et qu'il puisse se réaliser dans ses choix de vie. C'est effectivement ce que les responsables ont prôné comme manière de faire dans leurs différentes démarches dites comme « prescrites » par Maulini (2010).

Tandis que sur le terrain, nous avons pu observer le travail dit « réel ». Pour cette partie nous nous sommes aussi inspirées des écrits de Paul (2009b) qui explique que depuis quelques années, la notion d'accompagnement est entachée par un souci de production de résultats qui « *définis a priori se fait au détriment de l'élaboration des choix par la personne concernée* » (Paul, 2009b).

Nous voulons vous montrer ici qu'il y a des différences entre ce que les responsables questionnés nous ont dit et ce que nous avons observé sur le terrain. Nous appuyons nos propos sur la théorie de Maulini (2010) présentée juste au-dessus.

Dans ces dires Laurence nous a avancé qu'un accompagnement singulier était mis en place, dans le respect des pathologies et du rythme de chacun. En effet, l'observation de 7 jours, dont nous avons déjà parlé dans le chapitre d'analyse sur l'autodétermination, est justement faite pour réaliser un accompagnement optimal. Sur le terrain, nous pouvons voir dans la vignette de Jeanette que malgré son Alzheimer léger, elle n'est pas accompagnée pour se rendre au repas. Dans cette pathologie, la notion de perte de temps et de repérage dans l'espace est un aspect important. La soignante la redirige de loin, sans forcément lui donner les outils nécessaires pour qu'elle puisse se repérer et arriver à exécuter sa demande. A ce moment-là, nous pourrions voir cette situation sous deux axes différents : soit la soignante faisait cela dans le but de stimuler la résidante afin qu'elle se souvienne elle-même du chemin à parcourir et que cela travaille sa mémoire. Mais il est aussi possible, vue de l'extérieur, que cette situation nous donne l'impression que la soignante n'aie pas pris le temps nécessaire pour guider cette résidante et que celle-ci était perdue et se soit retrouvée dans une situation assez inconfortable.

Lors de l'entretien Laurence nous a indiqué que « *le choix du résidant reste primordial dans toutes les activités quotidiennes car la notion de liberté individuelle est, à mon sens, importante pour toute personne* ». Dans l'exécution nous avons observé que les actes étaient quelques peu différents. En effet, les soignants amenaient les résidants aux activités et ne les laissaient pas choisir où ils désiraient s'installer. De plus, Carine nous

a indiqué que parfois on amenait les résidants pour une activité sans leur accord. Le motif de leur venue était que maintenant « *il fallait le prendre* », peu importe si le résidant le voulait ou non.

Un autre aspect que Laurence a laissé légèrement transparaître lors de l'entretien c'est qu'un autre souci du monde de la santé est le manque de personnel. Il est parfois difficile d'atteindre les divers objectifs prescrits parce que l'effectif est trop limité.

Quant à Carine, elle nous a indiqué lors de l'entretien qu'elle manquait de matériel ou de temps pour mettre en place toutes les activités qu'elle désirait. Elle a abordé ces manquements dans un thème déjà abordé au-dessus qui est celui de l'individualisation des pratiques mais également à la suite de la vignette de Pierrot, expliquée dans l'analyse de la priorisation. Carine nous a évoqué le fait qu'elle avait déjà été confrontée à ce genre de demande mais que par manque de temps et d'autres projets à réaliser, il était difficile de répondre favorablement à toutes les demandes.

Le dernier point que nous aimerions mettre en avant est que les deux professionnelles nous ont dit que l'accompagnement adéquat des résidants passait par « *les formations des collaborateurs* ». Sur le terrain, nous avons pu observer que quelques collaborateurs ne semblaient pas du tout sensibilisés au développement du pouvoir d'agir. En effet, le fait que la personne qu'ils accompagnaient puisse faire des choix n'était pas leurs priorités. Par exemple, lors du choix des boissons : une collaboratrice de l'A1 servit un résidant sans même lui demander ce qu'il voulait parmi le choix disponible ou alors le simple fait que les soignants ne prennent plus le temps de demander au résidant s'il désire ou non participer à l'activité avant de l'y conduire démontre que le processus de choix n'est pas toujours au centre.

Ces résultats nous permettent de mettre en lumière que les responsables et professionnels pourraient avoir des réalités différentes qui rentrent parfois en contradiction de manière radicale.

5.4 Différence hiérarchique entre les secteurs soignant et animation

Nous allons aborder sous ce chapitre les quelques éléments qui nous ont surpris quant à une potentielle différence hiérarchique entre le secteur des soins et celui de l'animation. En effet, parmi nos résultats, nous avons trouvé plusieurs indices qui pourraient nous indiquer cela, mais n'ayant pas eu accès à l'organigramme de l'institution, il est difficile d'en tirer une conclusion ferme. Nous allons donc vous présenter les différents éléments qui nous ont interpellés et qui nous poussent dans une

certaine ambivalence à propos de cette potentielle asymétrie hiérarchique entre secteurs. Il est aussi intéressant pour nous de traiter ce sujet, car comme l'avait relevé Pichonnaz (2019, 2020) dans ses textes, c'est souvent entre ces deux secteurs qu'il peut y avoir le plus de tension concernant leurs pratiques professionnelles.

Un premier élément que nous avons pu relever de l'entretien collectif que nous avons mené avec les deux responsables de service, est que beaucoup d'actes ou d'idées de projets qu'aimeraient mener les animateurs, doivent premièrement passer par une validation par le service soignant. Cette validation passe par un bilan médical qui va selon le contexte permettre d'analyser divers points concernant la personne âgée. Par exemple, si un résidant aimerait participer aux activités culinaires que propose le service de l'animation, le professionnel devra d'abord se tourner vers les soignants pour qu'ils effectuent un bilan médical à propos des compétences et capacités du résidant. Une fois ce bilan fait ou consulté, l'animateur peut agir. Une autre situation qui illustre ce point concerne le recueil de l'anamnèse de la personne. Dans d'autres EMS, ce sont généralement les services d'animation qui entament ce projet de recueil de données sur le vécu de la personne. Cela permet sûrement à l'animateur de créer un premier lien et de récolter des informations importantes pour mieux orienter ses propositions d'accompagnement. Sur notre terrain d'enquête nous avons alors été surprises d'apprendre en questionnant les responsables, que cette tâche était uniquement et entièrement confiée au secteur des soins. Nous n'avons pas su si cette anamnèse était ensuite accessible à l'entièreté des autres services ou si elle restait localisée dans les bureaux des soins et sous leur surveillance. Ces exemples de fonctionnement hiérarchique, placent de manière assez claire le service de l'animation en dessous du secteur soignant, qui par conséquent a beaucoup de pouvoir sur les choix et propositions d'activités et d'accompagnements que pourront proposer ensuite les animateurs aux résidants.

Un second indice, qui nous a fortement intrigué et que nous avons pu retenir lors de nos observations, est que tout le service de l'animation porte comme uniforme professionnel une blouse blanche médicale/d'infirmière, décorée avec des lettres de couleurs. Alors que généralement, dans les autres institutions de type EMS, les travailleurs sociaux se distinguent par leur tenue professionnelle qui est en fait leurs propres habits civils ou alors un gilet propre à l'animation, ce qui permet justement de les démarquer du corps médical et de potentiellement mieux parvenir à créer, avec les personnes accompagnées, un lien différent que celui qui se crée avec le personnel soignant.

En réfléchissant sur ces indices qui indiqueraient une potentielle asymétrie hiérarchique, nous avons essayé de nous procurer l'organigramme de cet EMS via les informations disponibles sur leur page internet ou sur le site de l'Association qui les prend en charge (Avalems). Malheureusement, nous n'avons rien trouvé, mais en observant le site, nous nous sommes aperçues que dans la liste des personnes de contact et de référence de l'institution, tous les responsables de services (soignant, directeur, RH, hôtellerie, informatique, ...) y apparaissaient sauf la responsable de l'animation Carine. Nous nous demandons alors si cet indice ne donnerait pas aussi une preuve supplémentaire de la potentielle asymétrie hiérarchique entre le secteur soignant et l'animation. A se demander aussi si dans l'organigramme de l'institution il est clairement mentionné que l'animation est sous la responsabilité du secteur soignant, ce qui expliquerait pourquoi Carine n'apparaît donc pas dans cette liste de personnes référentes.

Une autre observation issue du terrain et de l'entretien collectif mené, est que nous avons été surprises d'apprendre que dans cette résidence médicalisée, la collation de l'après-midi était entièrement accompagnée dans les étages par les soignants. Généralement, nous avons pu constater dans d'autres structures que ce n'était pas le cas et qu'il était aussi possible aux animateurs de participer à la collation. Nous nous sommes aussi alors questionnées sur le rôle du travailleur social dans ce moment de la journée : il est vrai que dans le code de déontologie de sa profession, il est inscrit que le TS accompagne les personnes dans le besoin dans les différents actes et moments qui rythment sa vie au quotidien (Code de déontologie du travail social, 2010). Tout comme nous aimons définir l'accompagnement selon Paul (2009b), comme étant important de respecter tous les rythmes qui sont propres à la personne accompagnée (dans ce contexte, le rythme du bénéficiaire est défini par ces moments tels que la collation qui anime aussi son quotidien). Pour mieux comprendre comment était perçue cette tâche qu'est la collation dans cet EMS, nous avons relevé la réponse de la soignante Laurence :

Puis en tenant compte de tous les types d'allergies et les contraintes qui sont prises en compte, nous établissons les habitudes alimentaires de la personne. Les demandes sont ensuite faites à la cuisine et puis les collations sont ensuite administrées par le service des soins.

De sa réponse, on peut en interpréter que peut-être le moment de la collation est perçu comme un réel acte médical permettant le suivi et l'adaptation en continu des régimes alimentaires. Peut-être cela explique pourquoi la responsable du service Laurence, parle d'administrer une collation et non pas d'accompagner une collation. On peut

potentiellement comprendre pourquoi cette tâche est confiée aux soignants et pourquoi elle n'est pas perçue comme un acte permettant la création de liens et de rencontres (comme elle pourrait l'être si elle était affiliée au service de l'animation par exemple). On a pu observer en relevant ce point et nos interrogations durant l'entretien, que les responsables de services et l'institution étaient justement en réflexion quant à cet aspect et au choix de confier la collation uniquement aux soignants. Est-ce que l'on peut y comprendre là un certain besoin de changement et de redistribution de certains rôles ou tâches entre ces deux secteurs concernés ?

Nous avons identifié un autre indice, plus théorique cette fois-ci, qui pourrait également nous permettre de mieux interpréter cette éventuelle asymétrie hiérarchique entre ces deux services. En effet, dans les institutions de type EMS, au niveau historique, il est clair que, chronologiquement parlant, le secteur médical était là bien avant l'animation pour des raisons gérontologiques. Dans le commencement de ces résidences médicalisées, le secteur soignant était même le seul acteur professionnel qui accompagnait au quotidien les personnes âgées dans le besoin. Le fait que le secteur de l'animation ne soit pas encore pleinement respecté et considéré, peut peut-être venir de là implicitement, car ce service est apparu des années plus tard et son intégration ne s'est peut-être pas toujours faite dans les meilleures conditions possibles à l'époque (Gonçalves, 2008). De plus, nous pouvons faire un lien avec l'activité prudentielle que nous avons explicitée dans ce travail. Peut-être le fait, que notre profession, est un métier de l'Humain, aux contours flous et aux perpétuelles remises en question individuelles et professionnelles (Champy, 2011, cité par Pichonnaz, 2019, 2020), n'aide pas les autres secteurs de l'établissement tel que celui des soins à comprendre nos enjeux, notre réalité et notre rôle. De plus, nous pouvons aussi nous demander si nous, travailleurs sociaux en EMS, n'engendrons pas ce sentiment en peinant peut-être parfois à nous-même délimiter notre rôle et à occuper/prendre notre place au sein d'une structure aussi pluridisciplinaire qu'est un établissement médico-social.

Finalement, voici des derniers indices relevant des interactions entre les deux responsables durant le temps de l'entretien qui pourraient compléter notre analyse concernant la potentielle supériorité au niveau structurel du secteur soignant sur le secteur de l'animation. Mais en raison de la nature de ces résultats ci-dessus, il est difficile d'en tenir compte à part entière. Par exemple lors de l'entretien collectif avec les deux responsables, nous avons relevé le fait que peu importe la nature de nos questions (cf. annexe), c'était quasiment toujours la responsable des soins qui prenait la première la parole, sans parfois se gêner d'empiéter sur la réponse de l'animatrice. Dans une situation emblématique précise que nous avons posée, relevant l'installation d'un

nouveau résidant dans sa chambre, nous avons interrogé l'animatrice à savoir quel était son rôle où ce qu'elle et son service mettaient en place pour cette étape dans la vie du résidant. Carine, la responsable nous a répondu qu'elle n'intervenait en fait pas du tout dans ce moment. Il s'est alors passé un événement assez surprenant pour nous, lorsque Laurence la responsable des soins, a renchérit sur cette réponse en proposant alors des idées d'interventions que pouvait mettre en place sa collègue Carine. Comme l'installation de décorations ou encore le fait d'accrocher des cadres avec le résidant. Un dernier élément qui peut illustrer cette éventuelle asymétrie hiérarchique entre les deux responsables est le fait que Laurence a dû quitter l'entretien à la moitié du temps prévu initialement (elle est partie après 30 minutes). Une fois seules avec Carine, la responsable de l'animation, nous avons pu observer différents changements d'attitude. L'animatrice semblait plus détendue, elle prenait davantage la parole ou encore sa place dans la discussion, en nous donnant beaucoup plus d'exemples concrets ou d'anecdotes issus de sa profession. Elle faisait également plus d'humour et n'hésitait pas à revenir et clarifier certains de ces termes ou réponses.

Tous ces indices et observations, qui pourraient expliquer cette éventuelle asymétrie hiérarchique, peuvent autant découler des secteurs différents, mais aussi des personnalités différentes qu'ont les responsables que nous avons côtoyés.

5.5 Discussion des hypothèses

Dans ce chapitre, nous proposons de reprendre l'essentiel des résultats que nous avons obtenus et développés dans la partie analyse ci-dessus, afin de tenter d'affirmer, d'infirmer ou de nuancer les hypothèses que nous avons posées au début de ce travail sur la base de notre cadre théorique.

Hypothèse 1 : « **Chaque secteur professionnel a tendance à hiérarchiser ses priorités d'une manière semblable peu importe les situations** ».

Non, selon nos résultats, chaque secteur professionnel ne hiérarchise pas de manière semblable. De plus comme nous avons pu le constater, la plupart des services qui collaborent en EMS sont sensibles au contexte situationnel qui est en jeu et en tiennent compte dans leur priorisation (surtout le secteur des soins et de l'animation). Cependant, les secteurs se retrouvent régulièrement dans les mêmes choix de hiérarchisation. La cuisine et l'hôtellerie par exemple, privilégieront davantage la gestion des risques (sécurité et hygiène) et le bien-être du personnel. L'animation, elle, aura tendance à prioriser instinctivement la dignité et l'autonomie des résidants dans leurs choix de priorisation. Le service des soins est en revanche parfois plus indécis dans ces tendances de hiérarchisation. Il peut avoir une forte tendance à prioriser tout ce qui

concerne les aspects sécuritaires lorsqu'il met l'accent sur sa profession médicale et son code déontologique. Mais à cause de son degré plus ou moins important d'activité prudentielle, il doit aussi dans certains cas prioriser de la même manière que l'animation et voir l'EMS comme un lieu de vie et d'accompagnement et non pas uniquement comme un lieu de soin.

Hypothèse 2 : « Les professionnels prônent l'autodétermination dans leur discours mais dans la pratique d'autres principes prennent le dessus et ne laissent pas le choix au résident ».

Nous avons pu constater à la suite de ce travail qu'il était impossible d'apporter une réponse tranchée à cette hypothèse. En effet, après nos entretiens et observations, nous avons pu remarquer que certains professionnels essayaient toujours de favoriser le développement du pouvoir d'agir, peu importe la situation et les obligations externes mais que cela n'était pas toujours le cas. En effet, d'autres injonctions comme le manque de temps, de personnel et de formation peuvent influencer la manière dont les professionnels mettront au premier plan l'autodétermination.

Nos deux hypothèses permettent déjà de bien identifier les acteurs ou éléments qui peuvent avoir de l'influence sur l'autodétermination des personnes âgées. Mais en lien avec notre question de recherche, il est aussi important de relever que la famille peut également avoir un fort impact sur les choix du résident.

6. Conclusions

6.1 Limites de la recherche

Il est évident que les méthodologies mises en place ainsi que nos différents parcours personnels et professionnels (en étant nous-même actuellement engagées dans des EMS valaisans en dehors de nos études) ont pu avoir une influence plus ou moins contrôlée et anticipée sur les résultats que nous avons obtenus. Par exemple lors de notre entretien avec les responsables nous avons pu observer durant la retranscription que certaines fois les personnes questionnées n'allaient pas au bout de leurs phrases, car nous, les chercheuses, acquiescions de la tête avant de les laisser finir car nos propres réalités professionnelles nous permettaient de nous sentir proche de leur réalité. Mais à l'inverse, sur certaines situations que nous avons évoquées, notre expérience en EMS nous a permis de rebondir sur leurs dires pour aller plus loin dans la réflexion (à propos du rôle et du pouvoir qu'a la famille sur le résident par exemple). Nous avons donc pris la décision d'annoncer d'emblée aux responsables que nous étions aussi

engagées dans des EMS, afin de poser le décor pour approfondir leurs réponses, mais aussi pour créer du lien avec elles.

A propos de l'entretien collectif, un autre élément est venu limiter notre recherche et la qualité de nos échanges avec les deux responsables de service. En effet, nous avons été surprises d'apprendre en arrivant ce jour-là que la responsable des soins avait un empêchement et qu'elle pouvait nous accorder uniquement trente minutes à la place de l'heure qui était prévue initialement. Ce rebondissement a fortement influencé les données que nous avons récoltées car cela, nous a poussé à accélérer le rythme et la dynamique que nous avons imaginés pour cet entretien. Cependant, malgré nos efforts, nous n'avons pas réussi à traiter toutes nos questions durant l'entretien, la responsable qui s'était absentée plus tôt que prévu, nous a alors fait parvenir ses réponses par courrier après coup. Son départ, nous a apporté d'autres données pour le moins inattendues avec la responsable de l'animation (au sujet de la répartition du pouvoir, hiérarchie, ...) que nous avons traitées dans le chapitre « analyse des résultats ». Ces exemples démontrent bien les limites auxquelles nous avons dû faire face à cette étape de notre travail.

Concernant notre deuxième choix de méthode de récolte de données : l'observation participative, il est évident que cette méthode peut avoir aussi des aspects plus négatifs. Le fait de venir observer influence forcément les résultats dans la partie observation directe. D'ailleurs une des professionnelles que nous avons observée l'a clairement exprimé après coup, en nous partageant qu'elle s'était sentie comme lors de son examen pratique. En verbalisant son ressenti, cela nous a aidé à interpréter certaines des données récoltées. Par exemple nous avons été étonnées de voir son surinvestissement pour permettre à un résidant de choisir une boisson. Dans la réalité du terrain, avec notre expérience nous savons combien le temps presse parfois et qu'il est très difficile d'offrir cet accompagnement à chaque résidant alors qu'il valorise justement l'autodétermination. Comme nous avons pu le constater avec cet exemple, notre présence modifiait les actes professionnels, mais aussi le comportement du groupe en général. Par exemple, certains résidants ont participé à l'une des activités, alors que l'animatrice nous a confié qu'en temps normal, ces personnes ne venaient jamais à ce type d'animation (cf. A2).

La méthode de l'observation, telle que nous l'avons appliquée après avoir effectué l'entretien collectif avec les responsables de services, a aussi eu un effet inattendu sur les résultats obtenus. En effet, en lien avec les exemples juste ci-dessus, nous relevons vraiment notre ressenti, que durant nos observations les professionnels du travail social

sur le terrain, tentaient de nous montrer que leur réalité correspondait au discours supposé de leur responsable recueilli préalablement. Cette réaction inattendue, biaisait d'une certaine manière la vraie réalité et tous les freins et enjeux vécus par les professionnels sur le terrain.

Enfin, nous trouvons important de rappeler que les résultats obtenus dans cette recherche ne doivent pas être considérés comme exhaustifs. En effet, notre terrain d'enquête était centré sur un établissement médico-social uniquement et non pas sur un plus grand échantillon de professionnels et de structures. De plus, les responsables de services avec qui nous avons échangé étaient toutes les deux des femmes avec chacune leur spécificité et personnalité. Est-ce que ces aspects autres qu'institutionnels ou de l'ordre des diplômes peuvent aussi avoir influencés les résultats que nous avons obtenus par rapport aux enjeux qui se jouent entre ces deux services ?

Finalement, comme nous avons pu le constater avec une personne ressource issue d'un EMS vaudois² avec qui nous avons échangé, les visions et le respect accordé entre les différentes professions qui collaborent dans ce genre d'institutions peut varier d'un canton à un autre. Le fait d'avoir effectué notre enquête sur le terrain valaisan uniquement, a donc également pu influencer nos résultats (par exemple à cause de la mentalité du canton, des lois, des normes sociétales, les courants de pensée actuels en travail social, ...).

6.2 Bilans

En ce qui concerne nos objectifs personnels, nous avons pris un réel plaisir à travailler autour de ce sujet qui nous touchait particulièrement et qui nous a permis de mettre en lumière cette population qui nous est chère, cet objectif est donc atteint à nos yeux. En travaillant sur le sujet de l'autodétermination, cela nous a permis en tant que futur professionnel de mettre en avant de nouvelles idées et pistes de réflexions pour mieux apprendre à accompagner les personnes âgées, comme nous l'avions souhaité. Par ce travail nous avons aussi pu développer nos compétences à propos du travail d'équipe/ en binôme. Nous n'avons pas toujours su être le plus efficace possible mais au fur et à mesure de ce travail nous avons su réajuster nos méthodes pour harmoniser et coordonner nos fonctionnements personnels.

Au niveau professionnel et théorique, ce travail a donné une couleur particulière à nos derniers semestres au sein de notre formation. En effet, grâce à ces nombreux nouveaux

² Dans le cadre du processus du travail de Bachelor, une personne ressource, provenant d'un terrain semblable à celui choisi pour le TB, est invitée pour discuter des résultats et des pistes d'action avec les étudiants.

apports et réflexions que nous avons pu mener dans ce travail de recherche, cela nous a inspiré et nous a donné l'envie d'évoluer dans divers projets touchant également à la personne âgée. Au travers des ressources apprises, nous avons pu améliorer notre posture professionnelle et mieux identifier les enjeux qui se jouent dans les EMS où nous travaillons.

Pour finir, au niveau méthodologique, nous avons pu au travers des différents cours, des conseils de notre directrice de mémoire et grâce à nos erreurs de parcours apprendre à rédiger un travail de Bachelor, qui réponde aux exigences du niveau de notre formation. Ce n'était pas évident pour nous au départ, de rentrer dans cette méthodologie de chercheur scientifique, mais à force de rédiger ce travail nous avons réussi à nous sentir plus à l'aise dans ce rôle. En lien avec nos objectifs méthodologiques, nous avons appris à mieux intégrer les diverses techniques d'entretien et d'observation et avons eu la chance de pouvoir les exercer et les adapter à nos besoins au sein de ce travail. Nous n'avions pas évoqué cet objectif au début de ce travail, mais nous constatons à son terme que nous avons énormément appris aussi au sujet des normes de référencements. Cela n'était pas facile pour nous au commencement mais nous avons su adapter notre méthodologie pour parvenir à nous familiariser avec cette méthode de travail.

6.3 Pistes d'action

Voici à présent, les trois pistes d'actions que nous souhaitons vous présenter :

Nous avons pu constater que dans beaucoup d'EMS le service de l'animation n'intervenait pas du tout dans cette première étape que vit la personne qui entre en institution. Lors de son installation et de son premier accueil, ce service ne joue aucun rôle et ne valorise pas les premières possibilités d'aider la personne à s'autodéterminer. Une première piste d'action que nous aimerions proposer, consiste à ce que le service d'animation rentre en jeu plus tôt dans l'accueil du résident. En effet, ce service pourrait avoir une grande influence sur les principes qui sont mis en avant lors de l'installation de la personne. L'animation pourrait mettre en valeur le pouvoir d'agir et d'autodétermination dans l'aménagement de ses appartements, dans le choix de l'accueil que cette personne aimerait vivre ou encore en lui offrant la possibilité d'organiser avec elle la manière dont elle veut se présenter à ce nouveau groupe de vie. Des choix et des actes qui sont pour l'instant bien trop peu réfléchis et mis en valeur dans les EMS que nous avons pu côtoyer. Une idée intéressante dans ce processus d'accueil que nous avons évoqué avec une responsable du service d'animation du

canton de Vaud, serait d'intégrer les autres résidants dans la préparation et la réalisation de l'accueil du nouveau résidant par exemple.

Lors de ce travail de recherche et via les diverses méthodes de récolte de données que nous avons mises en place, nous constatons encore de nos jours cette forte différence aussi en termes de pouvoir entre les équipes soignantes et les équipes de l'animation. Comme l'avait aussi relevé Pichonnaz (2019, 2020) dans ses écrits, ces deux services sont à la fois très essentiels et sollicités au même niveau d'importance dans les institutions, mais il ne cesse d'y avoir entre eux des comparaisons et des tensions plus ou moins importantes et dévoilées. Nous constatons que l'amalgame est très facilement fait entre ces services et que nous oublions qu'ils n'agissent pas sous les mêmes valeurs éthiques ni pour les mêmes principes ou raisons. Nous pensons et sommes résolu à penser qu'il serait bénéfique pour beaucoup d'institutions d'organiser des ateliers interservices, pour revaloriser tant leurs similitudes que leurs divergences et pour réapprendre à collaborer dans une logique d'interprofessionnalité qui mettrait en avant les points forts des uns et des autres (travailler main dans la main). Ces ateliers permettraient de rééquilibrer les jeux de pouvoir qu'ils pourraient y avoir entre eux et de faire évoluer en sous-groupes interdisciplinaires les réflexions qui permettraient de redéfinir les rôles, fonctions et tâches de chacun, afin d'éviter à l'avenir qu'un service n'empiète sur les responsabilités d'un autre.

Une autre piste d'action que nous voulons présenter : trouve son origine dans les constatations que nous avons pu faire lors de nos observations principalement. Grâce à nos méthodes de récolte de données (entretiens collectifs avec les responsables de service puis observations participatives sur le terrain avec les professionnels en contact direct avec les résidants) nous avons pu faire émerger les différences entre les discours prônés par les responsables au sujet du pouvoir d'agir, de la libre adhésion et de l'autodétermination des résidants, avec la réalité que vivent les professionnels sur le terrain. Face au rythme de travail, aux collaborateurs des autres services, aux injections et limites institutionnelles nous avons remarqué que le personnel de l'animation ne pouvait effectivement pas toujours mettre en œuvre le discours des responsables. De plus, nous avons relevé le fait que les équipes de ce service sont bien trop souvent peu ou partiellement formées. Lors de nos observations par exemple, il n'y avait pas en permanence du personnel diplômé avec les résidants. Face à ces principes très importants que le travail social essaye de mettre toujours plus en pratique (autodétermination, ...) nous trouverions plus cohérent que le personnel des services d'animation soit aussi davantage formé à ces principes et prêt à les appliquer et à travailler dessus. Engager plus de personnes diplômées permettrait également aux

apprentis d'être mieux entourés au sein de leur formation et davantage parvenir à intégrer dans leur posture professionnelle ces grands principes qui régissent leur profession. De plus cette piste d'action aiderait en parallèle à lutter contre les appréhensions et stéréotypes que la société émet parfois à l'égard du travail social. En renforçant le personnel par des professionnels, cela aiderait à faire reconnaître le métier et à faire évoluer les pensées qui avancent que tout le monde peut s'inventer animateur socioculturel.

Finalement, voici une dernière piste d'action que nous avons pu élaborer avec la personne ressource² que nous avons rencontrée dans le cadre de l'école. L'autodétermination est un réel concept philosophique au même titre que toutes autres principes éthiques que pourraient appliquer une institution (Montessori, Humanitude, etc.). L'autodétermination doit alors être enseignée aux professionnels de l'EMS, par des ateliers, des brochures ou encore des exemples concrets de démonstration aux divers professionnels de l'EMS. Nous conseillons aussi à cette structure de désigner un comité (réunissant une personne de référence par secteur professionnel) en charge d'entretenir les réflexions et actions mises en place à propos de l'autodétermination, afin d'évaluer en continu leur efficacité, pertinence et nécessité. L'autodétermination est un apprentissage qui demande un degré important d'adaptation en continu en vue de la complexité des prises en charge et d'accompagnement que les professionnels rencontrent en EMS. Être formé à l'autodétermination permet à chaque professionnel d'apprendre à formuler des propositions à un résidant et à lui laisser le choix tout en veillant à un certain équilibre en fonction de ses capacités. Par exemple en proposant des boissons à la collation, si le professionnel submerge le résidant de 5-6 choix, le bénéficiaire n'arrivera plus à choisir tant la sélection est large, il faut apprendre à restreindre les possibilités, pour réellement donner la possibilité de choisir au résidant.

6.4 Perspectives de recherche

En arrivant à la fin de ce travail, nous constatons que certains questionnements restent en suspens malgré nos recherches, et qu'il serait intéressant d'aller explorer davantage. En étant nous-mêmes engagées à travailler dans un EMS, nous avons été surprises de constater sur notre terrain d'enquête, que le service d'animation ne jouait aucun rôle concernant la distribution de la collation de l'après-midi. En effet, voilà encore une tâche qui est entièrement sous la responsabilité du secteur soignant et qui n'est pas prise en charge même partiellement ou accompagnée également par les animateurs. Les travailleurs sociaux ont pour rôle d'accompagner les résidants dans leur quotidien au travers des différents moments de vie qu'ils traversent. Dans ce sens, pourquoi le moment de la collation n'est pas un moyen pour les animateurs d'arriver à cet objectif ?

Pourquoi ne pas favoriser durant ce moment de collation l'accompagnement individuel ? L'autodétermination par des choix simples ? Ou encore pourquoi ne pas en profiter pour faire des locaux de l'animation un vrai lieu de vie chaleureux et accueillant à n'importe quel moment de la journée ?

Légèrement en lien avec ce premier questionnement, nous avons aussi pu constater que le milieu soignant a en effet encore énormément d'emprise sur les autres services dans les EMS. Il serait intéressant de pouvoir creuser ce sujet pour en comprendre les tenants et aboutissants. De plus, en lien avec l'une de nos limites dans la recherche, cela serait intéressant, comme nous avons pu le constater avec la personne ressource du canton de Vaud que nous avons consulté, d'aller questionner les différences dans cette gestion et répartition du pouvoir entre les services sur différents cantons.

Pour faire évoluer les concepts et pratiques que nous proposons actuellement dans les institutions plus traditionnelles autour de l'autodétermination, il serait très intéressant pour poursuivre cette recherche d'aller à la rencontre d'institutions aux philosophies novatrices. Explorer des institutions qui se sont réellement construites autour/avec des besoins de la personne âgée dès leur début tel que les « villages Alzheimer », les institutions qui laissent le résidant entièrement s'autodéterminer malgré la vie en communauté et les besoins institutionnels (heure du levé, repas, coucher), ou encore celles qui se sont construites avec la philosophie Montessori, cela donnerait des pistes d'actions intéressantes à tenter de mettre en place dans les EMS actuels.

Enfin, après les résultats obtenus dans ce travail, nous nous questionnons encore sur la place et l'accompagnement qui est proposé aux proches aidants du résidant. En effet comment parvenir à accompagner ces personnes qui se retrouvent à décider parfois entièrement pour la vie de quelqu'un d'autre, en l'occurrence pour leur parent ? La famille occupe une place très importante dans l'autodétermination du résidant comme nous avons pu le voir, alors nous nous questionnons à savoir comment aider le proche à percevoir son parent dans son état actuel et non plus comme la personne qu'il était avant... ?

Tous ces questionnements restants poursuivent le même but que notre recherche, qui tend à élargir toujours davantage les pratiques et réflexions que les travailleurs sociaux mènent afin d'améliorer et de repenser la qualité de l'accompagnement que nous proposons à nos bénéficiaires de jour en jour.

7. Bibliographie

- Alvarez, S. (2019). Représentation sociale du vieillissement : changer de regard. *La Santé de l'Homme*, 15-18. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=24780315>
- Avenir Social. (2010). *Code de déontologie du travail social en Suisse : un argumentaire pour la pratique des professionnel-le-s*. Avenirsocial : https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Web_SCR_Berufskodex_Fr_A5_db_221020.pdf
- Badey-Rodriguez, C. (2005). L'entrée en institution, un bouleversement pour la dynamique familiale. *Gérontologie et Société*, 105-114. [L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale | Cairn.info](#)
- Beauchamp, T., & Childress, J., (2001). *Principe d'éthique biomédicale : 5^{ème} édition*. Oxford University Press. https://my.hetsl.ch/fileadmin/my-eesp/etudiant-ts/modules/TB/Do_CodeEthiqueRecherche.pdf
- Besler, E, M., Kaufmann, C., & Cuennet J, F. (2017, Juillet 12). *Différents en âge, égaux en droits*. Centre Suisse de compétences pour les droits humains : <https://skmr.ch/fr/publications-documentations/bucher-broschuren/gleiche-rechte-im-alter>
- Bizzini, L. (2007). L'âgisme : une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence. *Gérontologie et société* , 263-278. [L'âgisme | Cairn.info](#)
- Bouvet, M. (2018). Du matheux bourgeois au Quant corporate : Les héritiers des classes supérieures scientifiques à l'épreuve de la finance londonienne in *Emulations. Revue de sciences sociales* , 23-43. [Du « matheux » bourgeois au « Quant » corporate | Emulations - Revue de sciences sociales \(rdplf.org\)](#)
- Burrus, O. (1998). Les 14 besoins fondamentaux. *Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale*, volume(46), 55-58. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=6208641>
- De Ketele, J., & Roegiers, X. (2016). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents*. DebockSuperieur.
- Duchesne, S., & Haegel, F. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif* . Armand Colin.

- Federanim. (2018). *Charte romande de l'animation socioculturelle*. Federanim : https://federanim.ch/wpcontent/uploads/ressources/Chartes%20et%20texte%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence/2019_charte_romande.pdf
- Genton-Trachsel, A. & Christen-Guissaz, E. (2005). *Convergences et décalages entre la portée institutionnelle des « démarches qualité » et le bien-être des résidents d'établissements médicosociaux certifiés*. Université de Lausanne.
- Geurts, H., & Haelewyck, M-C. (2022). Est-ce que je peux encore dire quelque chose ? Regards croisés sur l'autodétermination des personnes âgées avec ou sans déficience intellectuelle. *La nouvelle revue – Education et société inclusive*, 94, 129-145. [« Est-ce que je peux encore dire quelque chose ? » Regards croisés sur l'autodétermination de personnes âgées avec ou sans déficience intellectuelle | Cairn.info](#)
- Gonçalves, M. (2008). *Affirmer le positionnement de l'animation dans un EPHAD par l'application du concept de l'interprofessionnalité*. Récupéré sur EHSP: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/dessms/goncalves.pdf>
- Grenier J., & Simard, M. (2011). Une éthique pour l'autonomie . *Le Sociographe*, 35, 74-80. [Une éthique pour l'autonomie | Cairn.info](#)
- Grossen, M. (2014). *Transition en EMS : rôle des objets dans le maintien de la transformation de l'identité des personnes âgées*. Université de Lausanne. [Transition en EMS : rôle des objets dans le maintien et la transformation de l'identité des personnes âgées – eSSPace recherche \(unil.ch\)](#)
- Groupe romand de coordination Travail de bachelor. (2008). *Code d'éthique de la recherche*. [code la recherche d'un travail de bachelor en travail social]. MyHETSL. [Microsoft Word - CodeEthiqueTS-TB.doc \(hetsl.ch\)](#)
- Hazif-Thomas, C., Thomas, P., & Robichaud, A. (2011). Autodétermination et vieillissement : principes pour une bientraitance. *La revue francophone de gériatrie et de déontologie* , 438-444. [JPC 46 • DECEMBRE \(researchgate.net\)](#)
- Hospimedia. (2018). *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement*. Agence nationale de l'évolution et de la quantité des établissements et services sociaux et médico-sociaux: <https://www.hospimedia.fr/actualite/themes/anesm>
- Kebir Delmas, M. (2023, Février 27). *La collaboration interprofessionnelle dans l'accompagnement en EMS*. [Travail de Bachelor publié]. Haute Ecole de Travail Social de Sierre.

- Larousse. (s. d.). Edition Larousse. *Définition de l'autodétermination*. Consulté le 29.05.2023 à l'adresse : [Définitions : autodétermination - Dictionnaire de français Larousse](#)
- Leandri-Knipper, G. (2003). L'accompagnement des personnes âgées en institution. *Ecole Nationale de la Santé Publique*, 14-22. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=15810328>
- Lièvre, P. (2006). *Manuel d'initiation à la recherche en travail social*. Ecole nationale de la santé publique .
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherche qualitative*, 2, 5-17.
- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche : quelques pistes de réflexion. . *Recherches qualitatives* , 5, 70-81.
- McCallion, P., & Ferretti, L. (2017). *Développement de l'autodétermination durant le parcours de vie*. Springer.
- Michelet Coutama, D. (2020). Vieillir en établissement médico-social : vieillir ensemble. *Ères*, 112-116. [Vieillir en établissement médico-social : vieillir ensemble | Cairn.info](#)
- Olivier, M. (2010). *Travail, travail prescrit, travail réel*. FORDIF-Formation en direction d'institutions de formation, Glossaire. Lausanne
- Paul, M. (2002). L'accompagnement : une nébuleuse . *Education permanente*, 153, 43-56.
- Paul, M. (2009a). L'accompagnement dans le champ professionnel . *Savoirs*, 2(20), 11-63.
- Paul, M. (2009b). Accompagnement. *Recherche et formation*, 62, 91-108. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.435>
- Pichonnaz, D. (2019). Valeurs, outils et finalités en tension. Analyser les désaccords dans les métiers relationnels du service public . In M. Kueni (Ed.), *Le travail social sous l'oeil de la prudence* (141-154). Schwabe Verlag ; Editions HETSL .
- Pichonnaz, D., Lambelet, A., & Hugentobler, V. (2020). Désaccords en établissement pour personnes âgées. Analyser les concurrences entre métiers aux contours flous. *Swiss Journal of Sociology*, 46 (1), 97-115.

Rouleaum. (s. d.) *Etes-vous résident ou résidant*. Consulté le 21.04.2023 à l'adresse :
<https://rouleaum.wordpress.com/2015/05/13/residant-ou-resident/>

Simard, J. (2021). *Vieillesse et capitalisme : de l'exclusion à la solidarité*. (pp.55-67).
[Julien Simard - Vieillesse et capitalisme-libre.pdf](#)
[\(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](#)

Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*.
Dunod.

Wehmeyer, M. L., Abery B. H., Zhang, D., Waerd, K., Willis, D., Amin Hossain, W.,
Balcazar, F., Ball, A., Bacon, A., Calkins, C., Heller, T., Goode, T., Dias, R.,
Jesien, G. S., McVeigh, T., Nygren, M. A., Palmer, S. B. & Walker, H. M. (2011).
L'autodétermination personnelle et les variables modératrices qui influent sur les
efforts visant à promouvoir l'autodétermination. *Exceptionnalité*, 19, 19-30.
[Article complet : Autodétermination personnelle et variables modératrices qui ont
une incidence sur les efforts visant à promouvoir l'autodétermination
\(tandfonline.com\)](#)

Winkin, Y. (1997). L'observation participante est-elle un leurre. *Revue scientifique
francophone en Communication organisationnelle*, 1-5.
[L'observation participante est-elle un leurre ? \(openedition.org\)](#)

8. Annexes

8.1 Feuille de suivi d'entretien avec responsable secteur infirmier et animation

Introduction : Nous allons vous présenter 4 situations types pouvant arriver au sein de votre institution. Nous vous demanderons pour chacune de vous positionner en tant que professionnels et de nous communiquer ce que vous feriez face à ces situations.

1^{ère} situation : Lors de son entrée en EMS un résidant désire emporter avec lui des effets personnels, tels que du mobilier. Qu'est-ce qu'il peut emporter ou non ? En fonction de quels critères ?

- Prise de positions de la part des professionnels :
- Raisons qui les amènent à penser de cette façon :

2^{ème} situation : Un résidant cuisinait beaucoup chez lui. Maintenant qu'il est en institution il demande encore plusieurs fois par semaine pour cuisiner (éventuellement dans les cuisines de l'institution). Que lui proposeriez-vous pour qu'il puisse satisfaire ses envies ? Pour quelles raisons lui proposeriez-vous cela ?

- Prise de position de la part des professionnels :
- Raisons qui les amènent à penser de cette façon :

3^{ème} situation : Lors de la collation de l'après-midi, comment favorisez-vous au maximum les choix des résidants ? Est-ce qu'il y a des choses qui sont obligatoires (les protéines, s'hydrater) ? Lesquelles ? Et pour quelles raisons ?

- Prise de position des professionnels :
- Pour quelles raisons font-ils les choses comme cela :

4^{ème} situation : Un résidant refuse de prendre sa médication. Que faites-vous ? Pour quelles raisons faites-vous cela ?

- Prise de position des professionnels :
- Pour quelles raisons font-ils les choses comme cela ?

Toutes ces situations nous amènent à parler de l'autodétermination. Comment faites-vous pour la favoriser de manière générale ? Avez-vous d'autres situations / moments en tête ?

- (le but de cette question est d'obtenir plus que les 4 situations qui sont citées au-dessus)
- Réponses des professionnels :

Individualisation : Voyez-vous une différence dans la possibilité de faire des choix lorsqu'il y a un suivi seul à seul avec le résidant ou quand ils sont tous ensemble, en groupe ?

Bien-être du personnel : Pensez-vous que laisser aux résidants le choix de s'autodéterminer peut influencer le bien-être du personnel ? Pour quelles raisons ? (Temporalité, stress supplémentaire, décisions du résidant difficile à accepter)

8.2 Formulaire de consentement



Formulaire de consentement

«Les limites de l'autodétermination des personnes âgées institutionnalisées en EMS»

Institution de Recherche:

HES-SO Wallis-Valais

Filière Travail Social

Module Travail de Bachelor

Enseignant-e-s : Jorge Pinho et Karine Darbellay

Etudiants : Anaïs Vuissoz et Emilie Lauber

Rue de la Plaine 2, 3960 Sierre

Contact mail : anais.vuissoz@students.hevs.ch / emilie.lauber@students.hevs.ch

Madame, Monsieur

Dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous réalisons une recherche concernant les limites et opportunités auxquelles peut être confrontée une personne âgée institutionnalisée en EMS dans son quotidien.

C'est dans cette perspective que nous vous sollicitons afin de réaliser un entretien d'une heure et demie au maximum avec vous.

Les données recueillies seront anonymisées et traitées de manière confidentielle.

Avec votre accord, les entretiens seront recueillis par le biais d'un enregistrement audio. Les enregistrements et les retranscriptions réalisés dans ce contexte seront conservés dans un lieu sécurisé et ne seront pas partagés à des tiers. Ils seront supprimés à la fin de la recherche. Vous êtes libres de vous retirer de la recherche à tout moment et ce sans avoir à vous justifier. Les données récoltées durant cette recherche seront uniquement exploitées dans le cadre de notre travail de Bachelor. Les données et les résultats peuvent être utilisés par la HESTS à des fins scientifiques et formatives en respectant l'anonymat des personnes physiques et morales concernées.

Nous nous tenons à votre entière disposition, et ce à tout moment du processus, pour toute question et commentaire à l'adresse électronique suivante : anais.vuissoz@students.hevs.ch, ou par téléphone au +41 78 673 31 10.

1. J'accepte de participer au projet de recherche « Les limites de l'autodétermination des personnes âgées institutionnalisées en EMS ».
2. Je comprends que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer sans justification jusqu'au 15 novembre 2023
3. Je comprends que les enregistrements réalisés seront transcrits et que les retranscriptions seront rendues anonymes. Les données seront stockées en toute sécurité pour la durée du projet et supprimées ensuite.
4. Je comprends que mes réponses seront traitées de manière strictement confidentielle et que, par conséquent, je ne serai pas identifiable dans tout matériel publié à partir du projet.

Nom du/de la participant.e

Date

Signature