

Désaccords en établissements pour personnes âgées. Analyser les concurrences entre métiers aux contours flous

David Pichonnaz*, Alexandre Lambelet**, Valérie Hugentobler**

Résumé : Cet article s'intéresse aux débats interprofessionnels à propos du travail de soin et d'accompagnement des personnes âgées en établissements médicosociaux. Explorant les principes mobilisés par les professionnel-le-s pour juger leur travail et celui des autres, il montre que quatre principes généraux sont unanimement évoqués. Les désaccords entre actrices et acteurs portent sur les manières de les hiérarchiser, en raison de normes professionnelles qui sont variables et parfois antagoniques.

Mots-clés : EMS personnes âgées, professionnalisme, travail social, travail soignant, travail hôtelier

Disagreements in Nursing Homes. Analysing the Competition between Occupations with Fuzzy Boundaries

Abstract: This article looks at interprofessional disagreements about how care should be provided in nursing homes for elderly people. The article shows that, while work is discussed by referring to four general principles, their prioritization remains a point of contention. This priority ranking is specific to the norms of each profession involved, which are not always compatible.

Keywords: Nursing homes, professionalism, social care work, health care work, hotel work

Uneinigkeiten im Altersheim. Eine Analyse des Wettstreits zwischen Berufen mit unscharfen Konturen

Zusammenfassung: Dieser Artikel erforscht die Diskussionen zwischen Berufsgruppen in Alters- und Pflegeheimen über die Pflege und Begleitung von älteren Menschen. Während die Berufsgruppen sich über vier allgemeine Grundsätze einig sind, ist die Priorisierung dieser vier Prinzipien strittig. Die unterschiedlichen Vorstellungen werden von den verschiedenen Berufsnormen geprägt, welche nicht immer miteinander kompatibel sind.

Schlüsselwörter: Alters- und Pflegeheime, Professionalität, Soziale Arbeit, Pflegearbeit, Hotelarbeit

* Haute école de travail social, HES-SO Valais-Wallis, CH-3960 Sierre, david.pichonnaz@hevs.ch

** HES-SO, Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL), Réseau de compétence «Age, vieillissements et fin de vie» (AVIF), CH-1010 Lausanne, alexandre.lambelet@hetsl.ch, valerie.hugentobler@hetsl.ch

1 Introduction et problématique

Le soin et l'accompagnement des personnes âgées résidant au sein d'établissements d'hébergement, ou médicosociaux (EMS), est, comme toute activité relationnelle s'exerçant sur et avec des humains, marquée par des ressorts émotionnels et un caractère imprévisible. Dans leurs pratiques quotidiennes, les professionnelles et professionnels doivent gérer des situations souvent singulières et complexes. Pour y faire face, et ceci tant dans les secteurs des soins que de l'animation ou de l'hôtellerie, les acteur·e·s de terrain font des choix basés notamment sur une « sagesse pratique » (Champy 2015). Les décisions ont pour caractéristique principale de ne pouvoir qu'imparfaitement reposer sur des routines, des habitudes ou des solutions purement techniques, comme dans toute activité relationnelle (Demailly 2008) ou « prudentielle » (Champy 2011).

1.1 Des débats entre métiers peu autonomes

Au sein des établissements hébergeant des personnes âgées, le travail tend à occuper le bas de l'échelle du prestige, tant pour le personnel soignant, de l'animation que de l'hôtellerie (cuisine et intendance). Pour peu de professionnel·le·s, le travail en EMS ne constitue en effet la référence ou le cœur du métier. Comme le relève une interviewée, « la référence des soignants, c'est l'hôpital; celle des animatrices, c'est la maison de quartier; celle de l'intendance, c'est l'hôtel ». En outre, les contours du « territoire de tâche » des différentes professionnelles et professionnels, au sens d'Abbott (1988), sont des plus flous. Nombreuses sont les tâches qui peuvent être effectuées, au moins en partie, par différentes catégories de personnel, tant en termes de position hiérarchique que d'appartenance professionnelle. Il n'est par exemple pas rare qu'une aide-soignante effectue un accompagnement individuel proche de ce que propose le service d'animation, ou que ce dernier participe à la confection d'un repas. Les seul·e·s professionnel·le·s disposant d'un monopole sur certaines tâches, protégé par la loi, sont les soignantes et soignants qualifiés, seuls habilités à effectuer certains gestes techniques (rares en pratique) et à gérer les médicaments – gestion à laquelle des collègues moins qualifiés participent souvent dans les faits. Les aide-soignantes et aides-soignants, effectif largement majoritaire par rapport au personnel des soins plus qualifié, sont en charge de tâches hôtelières telles que le service des repas aux personnes âgées les moins autonomes ou le nettoyage d'une partie du mobilier. En ce qui concerne les autres secteurs d'activité, seule la cuisine se charge de la confection de repas en larges quantités et seul le secteur de l'animation organise des activités en groupe. Ces deux dernières catégories de tâches ne relèvent cependant pas d'une licence au sens légal du terme. Les professions en présence ont dès lors des difficultés à revendiquer des tâches propres (Lambelet et al. 2017) et, surtout, à faire reconnaître une expertise spécifique. Ces chevauchements de tâches et de savoirs ont pour conséquence d'exacerber les concurrences interprofessionnelles.

En outre, tous les professionnel·le·s concerné·e·s s'appuient sur les mêmes principes pour évaluer l'excellence professionnelle, c'est-à-dire pour définir le travail « bien fait », le « bon » ou la « bonne professionnelle », ce qui renforce les phénomènes de concurrence. Analyser ces débats interprofessionnels en incluant les différents métiers présents en EMS permet d'éclairer d'un jour nouveau ces institutions qui, de manière générale, sont rarement étudiées, même si cette thématique et celle des personnes âgées souffrant de démence connaissent un renouveau d'intérêt depuis quelques années dans la littérature francophone¹.

1.2 Des normes professionnelles incompatibles

Les analyses que nous allons développer montrent, dans la lignée des travaux de sociologie des professions de Florent Champy (2011 ; 2012), que l'autonomie implique notamment, pour une profession, de pouvoir s'appuyer sur des critères d'évaluation du travail qui soient partagés au sein du groupe, mais qui lui soient propres². Ce n'est pas le cas des critères d'évaluation du travail en EMS (que nous allons qualifier de « principes ») : ceux-ci sont communs aux différentes professions. En revanche, comme nous allons le montrer tout au long de cet article, les professionnel·le·s opèrent des hiérarchisations de ces principes communs. Il s'agit dès lors de rendre compte de ces hiérarchisations différenciées, en les inscrivant dans des débats interprofessionnels, voire au sein de luttes de définition du « travail bien fait » et de la « qualité de vie » des résident·e·s. L'analyse montre que ces hiérarchisations, souvent antagoniques, sont façonnées par des normes professionnelles qui ne sont pas toujours compatibles, tout en étant dépendantes de contraintes organisationnelles dont il est souvent difficile pour les professionnel·le·s de s'affranchir. L'accueil des personnes âgées en institution s'inscrit en effet dans un contexte de rationalisation des soins et de l'accompagnement, en partie fondé sur un registre « industriel », imposant « standardisation et rythmes de production » (Loffeier 2015, 37). Le nombre d'employé·e·s est limité par les cadres légaux et réglementaires qui régissent le financement des institutions. Bien souvent, la possibilité d'assurer le bien-être des résident·e·s se heurte à ces contraintes organisationnelles et financières (Weber et al. 2014). Ces dernières seront abordées dans l'analyse lorsqu'elles jouent un rôle dans la manière dont les employé·e·s jugent et évaluent leur travail. En revanche il ne s'agit pas, ici, de prendre la mesure de la marge de manœuvre dont jouissent les professionnel·le·s dans leur pratique, mais de rendre compte des principes sous-tendant l'évaluation

1 Cf. Mallon (2004) ; Anchisi (2011) ; Rimbart (2011) ; Loffeier (2015)

2 À noter que la littérature en sociologie des professions s'est concentrée sur les luttes interprofessionnelles incluant des professions prestigieuses ou à statut (Abbott 1988 ; Freidson 2001 ; Champy 2011), laissant largement de côté celles mettant en opposition des métiers occupant le bas de la hiérarchie professionnelle. Quant aux travaux consacrés à ces derniers, il se concentrent le plus souvent sur une profession en particulier, négligeant la question des débats interprofessionnels (cf. par exemple : Arborio 2002 ; Fellay 2010 ; Lebon et Camus 2015).

du travail³. L'analyse prend ainsi pour socle les manières dont les professionnel-le-s racontent leur travail et explicitent leurs jugements à propos de celui-ci, et dont elles et ils perçoivent le bien-être des résident-e-s. La perspective est donc celle d'une sociologie du travail s'intéressant au contenu des activités professionnelles, associée à une étude des relations ou des conflits interprofessionnels.

1.3 Hiérarchiser quatre principes en concurrence

Les pratiques de travail en EMS sont discutées et débattues par les professionnelles et professionnels en référence à quatre critères de jugement, qui sont autant de principes généraux : le respect de l'autonomie des résident-e-s, celui de leur dignité, la gestion des risques (incluant un souci pour la sécurité et pour l'hygiène), et enfin la préoccupation pour leur bien-être propre, c'est-à-dire leurs conditions de travail.

- › Le principe de *d'autonomie* regroupe toutes les normes et les pratiques visant à tenir compte des habitudes, désirs et envies des résident-e-s, ainsi que de leurs ressources et habiletés. Nous incluons dans ce vocable, qui est lui-même aussi utilisé par les actrices et acteurs, tout ce qui a pour but ou permet de réduire l'impact de la vie collective sur la liberté individuelle des résident-e-s et d'éviter les mesures de contraintes.
- › Le principe de *dignité* regroupe quant à lui l'ensemble des normes et pratiques visant le respect de l'identité des résident-e-s, la valorisation de leur singularité et de leur histoire, ainsi que l'établissement de relations avec elles et eux.
- › Le principe de *sécurité et d'hygiène* comprend les pratiques visant à éviter les accidents (y compris les fugues) et à maintenir l'hygiène corporelle ou alimentaire des résident-e-s. Ces deux principes sont regroupés, car ils relèvent tous deux plus généralement de la *gestion des risques*. La diététique est associée à l'hygiène, car elle découle de normes comparables, celles entourant le fonctionnement physique du corps.
- › Le principe de *bien-être du personnel* comprend l'ensemble des normes et pratiques garantissant une bonne qualité de travail pour les employé-e-s et facilitant l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes.

Ces principes, bien que généraux, constituent aussi des finalités spécifiques, qui sont dès lors des moyens d'atteindre une finalité plus générale : le bien-être physique et psychique des résident-e-s. Les hiérarchisations effectuées par les individus se basent sur des normes plus précises qui sont, elles, plus souvent spécifiques aux différentes professions (par exemple : normes gastronomiques pour l'hôtellerie, normes d'hygiène hospitalière pour les soins ou prise en compte des ressources individuelles pour l'animation). Les trois premiers principes (autonomie, dignité, gestion des risques) sont présents dans les chartes produites par les associations professionnelles,

3 D'autres travaux, y compris les nôtres, ont balisé l'étude des contraintes organisationnelles pesant sur le travail en établissements sanitaires ou sociosanitaires (cf. par exemple : Sainsaulieu 2007 ; Loffeier 2015 ; Lambelet et al. 2017).

dans les grilles de contrôle des organismes de surveillance ou dans les règlements internes des établissements⁴. Le quatrième n'est en revanche présent que dans le discours des professionnel-le-s. Tous les principes ne nécessitent pas nécessairement d'être hiérarchisés dans toutes les situations. L'autonomie et la dignité en particulier peuvent fréquemment être placées à un niveau similaire de priorité. C'est le cas aussi de l'hygiène et de la dignité: les pratiques placées sous l'égide d'un des principes peuvent contribuer de manière équivalente à l'autre principe. En revanche, il est impossible d'accorder la même priorité aux quatre principes en même temps, comme nous allons le démontrer. Les documents et chartes les posent pourtant comme d'égale valeur et ne les décrivent jamais comme potentiellement contradictoires. Le personnel, lui, tout en ne remettant pas en cause l'existence des quatre principes, s'oppose sur les manières de les hiérarchiser, lorsque les employé-e-s décrivent leurs visions du travail « bien fait ». Toutes les professionnelles et tous les professionnels, tant du côté des soins, de l'hôtellerie que de l'animation réaffirment certes souvent leur volonté de répondre aux souhaits des résident-e-s, de limiter l'imposition des rythmes institutionnels, d'avoir une approche la plus individualisée possible auprès d'eux et elles. Elles et ils indiquent également que la relation est essentielle à leur bien-être. Aucun-e n'estime que la sécurité ou le bien-être du personnel ont peu d'importance. Les oppositions ne concernent donc pas les principes eux-mêmes, mais les manières de les hiérarchiser. Notons encore que ces principes renvoient chacun à des types de normes et de régulations différentes. Néanmoins, notre propos se borne à étudier leur mobilisation par les professionnel-le-s pour évaluer leur travail, et non à mesurer leur degré de contrainte, par exemple. Étudier les hiérarchisations différenciées de ces quatre principes permet de dépasser les oppositions classiques entre des notions telles que l'autonomie et la dépendance ou le respect de la dignité et la maltraitance, en abordant les dilemmes que rencontrent les professionnel-le-s dans leurs pratiques quotidiennes dans toute leur variété et leur complexité.

2 Données et terrains

Notre enquête porte sur deux établissements du canton de Vaud, en Suisse, que nous avons appelés « EMS La Plaine » et « EMS La Forêt ». Ceux-ci accueillent un public âgé concerné tant par des atteintes physiques que psychiques ou cognitives. Ce sont des établissements privés reconnus d'utilité publique et conventionnés, comme la plupart des institutions de ce type en Suisse. Les deux établissements étudiés sont de taille similaire: 86 résident-e-s pour l'un, 100 pour l'autre. 45 entretiens semi-directifs ont été conduits avec les professionnel-le-s travaillant dans ces institutions

4 Par exemple, dans le canton de Vaud, la charte de l'Association vaudoise des établissements médicosociaux (AVDEMS) ou les documents produits par la Coordination interservice de visite des établissements sanitaires et sociaux (CIVESS).

au printemps 2015, tous secteurs et niveaux hiérarchiques confondus⁵. L'échantillon n'a pas été constitué en proportion des équivalents plein temps par métier, mais avec le souci d'assurer un maximum de points de vue pour chaque secteur⁶. Le nombre d'entretiens n'a pas non plus été déterminé à l'avance mais a résulté de l'atteinte, dans la durée, d'un sentiment de saturation vis-à-vis des données collectées. D'une durée de 60 à 120 minutes chacun, ils ont été enregistrés et transcrits intégralement. Nos analyses reposent également sur des documents normatifs de natures diverses (lois, règlements, chartes éthiques, guides de bonnes pratiques). Les deux EMS étudiés ont été choisis pour leur relatif « anonymat ». Ils ne sont pas connus pour leurs expérimentations en termes de soins et d'accompagnement, alors que d'autres testent l'intégration de robots interactifs ou la méthode Montessori. Ils sont deux EMS parmi les 150 que compte le canton de Vaud.

3 Les hiérarchisations des principes en pratique

Les normes spécifiques aux différents groupes professionnels conduisent les travailleurs et les travailleuses à hiérarchiser de manière contrastée les principes présentés *supra*. Les débats portent principalement sur les équilibres trouvés entre, d'une part, la protection de l'autonomie et le respect de la dignité des résident-e-s, et, d'autre part, celui de la gestion des risques et du bien-être du personnel. C'est le cas notamment des positionnements différenciés à propos de la participation des résident-e-s aux tâches domestiques et collectives.

3.1 « Comme à la maison » ? Délimiter les activités possibles pour les personnes âgées

La promotion de l'autonomie, et surtout de la dignité des personnes âgées, passe, pour certains acteurs et actrices appartenant aux professions de l'animation, par la volonté de les associer (lorsqu'elles le désirent) à l'accomplissement des tâches d'entretien et d'intendance. Ces tâches visent le maintien des capacités physiques et cognitives

- 5 Pour les activités de direction : 2 directeurs ; 1 responsable des ressources humaines ; 1 responsable administratif. Pour le secteur des soins : 1 infirmier-chef ; 1 infirmière-cheffe adjointe ; 1 infirmier chef d'unité de soin ; 3 infirmier-ère-s diplômé-e-s ; 3 infirmières-assistantes ; 2 assistantes en soins et santé communautaire ; 7 aides-infirmières ; 1 apprenti aide en soins et accompagnement. Pour le secteur de l'animation : 2 responsables de service ; 1 responsable adjointe ; 3 assistantes socio-éducative ; 1 art-thérapeute ; 3 aides-animatrices ; 1 apprentie. Pour le secteur hôtelier : 2 chefs de cuisine ; 2 responsables de l'intendance ; 3 employées d'hôtellerie (service et nettoyage) ; 1 employée de cafétéria ; 1 responsable de salle à manger. Pour le secteur technique : 1 responsable et 1 employé
- 6 Notre échantillon compte 42% de personnel soignant, 24% d'animateur-trice-s, 20% de personnel du secteur hôtelier, 8% de personnel de direction et 4% de personnel du secteur technique. Les statistiques officielles indiquent qu'en Suisse, le personnel soignant correspond à 71% des effectifs en personnel des établissements gériatriques, le personnel hôtelier à 16%, celui d'animation à 7%, et enfin le personnel administratif à 6%. Source : Office fédéral des statistiques, Statistique des institutions médico-sociales, 2016.

des résident-e-s, et plus particulièrement la conservation de rôles sociaux occupés antérieurement à l'entrée en institution. La participation aux activités ménagères permet également d'accentuer la dimension « lieu de vie » de l'établissement. Pour ses défenseurs et défenseuses, cette pratique vise à faire de l'EMS un « chez-soi », c'est-à-dire un lieu où l'on peut se comporter « comme à la maison ». Une responsable du secteur animation évoque à ce sujet un résident à qui l'on a confié la tâche d'entretenir la cour de l'établissement :

On a senti qu'il avait besoin qu'on lui donne un programme du jour, de lui redonner un goût, un but dans sa vie. Je vous promets, ça a été difficile à faire passer pour certaines personnes de la maison.

Pourquoi ? Pour qu'il aide à nettoyer ?

Oui, parce que ... « C'est quand même un résident ». Et tout à coup, « Oui, mais s'il tombe, s'il se blesse ? ». J'ai dit : « Mais, on s'en fout ! La vie est faite de risques, vous aussi, vous vous encoulez [trébuchez] sur un trottoir, vous vous égratignez. Mais quelle importance ? ». On n'a jamais vu la terrasse aussi propre et aussi rangée et les fleurs aussi arrosées que quand cette personne s'en occupait. Et pour lui, c'était une fierté incroyable. (Responsable animation, EMS La Plaine)

Cet extrait montre comment les principes de dignité et de sécurité peuvent être hiérarchisés différemment selon les employé-e-s. Pour cette animatrice, les risques encourus par le fait de réaliser une activité ménagère sont trop faibles pour renoncer aux gains en termes de dignité, associés ici au sentiment d'utilité et de reconnaissance qui découlent de la participation des résident-e-s à ces tâches. L'état de santé de la personne n'est plus le critère de classement prédominant : d'autres normes professionnelles sont mises en application pour assurer le bien-être des résident-e-s. Accorder une importance primordiale à la promotion de l'autonomie et de la dignité est bien souvent un combat mené par les professionnel-le-s de l'animation, quel que soit leur niveau de qualification. On peut attribuer ce phénomène à l'héritage de l'éducation populaire (Lebon et Camus 2015) et à la propension des professionnel-le-s de l'animation à se donner pour rôle de « lutter contre l'institutionnalisme » (Vercauteren et Chapeleau 1995, 34). Cette opposition aux logiques d'institution peut déboucher sur une critique de la dominante médicale des établissements, souvent acerbe lorsqu'elle émane des animatrices les plus anciennes. Elle se manifeste également dans les pratiques quotidiennes, les professionnel-le-s de l'animation ayant davantage de latitude que leurs collègues des soins pour s'affranchir des contraintes organisationnelles. C'est ce que montre par exemple cet extrait d'entretien consacré à l'alimentation des résident-e-s (cf. page suivante).

[Dans notre établissement, les résident-e-s] ont deux menus à choix. Alors, évidemment, ce ne sera jamais comme à la maison. C'est pour ça qu'on fait des ateliers cuisine avec leurs envies à eux.

Donc, là, ce sont eux qui choisissent ce qu'ils veulent cuisinier ?

Oui, avec leurs envies, leurs goûts à eux, comme ils faisaient à la maison. (Aide-animatrice A, EMS La Plaine)

Les animateurs et animatrices travaillant auprès des personnes âgées visent à faire des EMS des « lieux de vie » avant d'être des « lieux de soin ». Cette norme professionnelle conduit les professionnel-le-s de ce secteur à défendre plus souvent que celles et ceux des soins ou de l'hôtellerie une hiérarchie des principes plaçant l'autonomie et la dignité au-dessus de la gestion des risques, ces deux premiers principes occupant d'ailleurs une place centrale dans le travail social (Ravon et Ion 2014 ; Keller 2016), auquel est rattaché le travail d'animation. Dans l'exemple cité plus haut du résident impliqué dans les tâches de nettoyage, on notera que le lieu de l'activité – la terrasse – ne constitue pas le territoire (au sens physique) d'un secteur particulier. L'accès à la lingerie et à la cuisine, deux lieux symboliquement associés à l'espace domestique, est plus problématique car ces espaces « appartiennent » aux professions de l'intendance et de la cuisine (Lambelet et al. 2017). Dans ce débat, le personnel hôtelier convoque souvent les principes de gestion des risques que sont la sécurité et l'hygiène. C'est ce qu'expliquent les responsables de cuisine des deux établissements investigués :

C'est difficile pour nous de faire entrer un résident en cuisine, on [les politiques publiques de santé] nous a tellement bassinés avec l'hygiène. Il faut absolument que tout soit stérile, propre. Et le résident, on nous le fait comprendre, c'est un milieu plein de bactéries et il ne faut surtout pas qu'ils entrent dans la cuisine. Les apprentis à l'école, on leur dit toujours qu'il n'y a personne qui doit entrer dans une cuisine à part le cuisinier. Le fournisseur doit rester dehors [...]. C'est vrai qu'on a deux ou trois personnes, je suis sûr qu'elles seraient heureuses de peler des pommes. (Cuisiner responsable, EMS La Forêt)

Ce n'est pas une option pour vous ?

Non. Je le dis clairement, parce que ça va poser des problèmes en termes de sécurité, en termes d'hygiène clairement. Et puis, il faut savoir que la cuisine, il y a des pics où ça bouge, enfin, c'est la cuisine. Donc, ça peut être vite dangereux pour les personnes. (Cuisinier responsable, EMS La Plaine)

Si les normes d'hygiène imposées aux établissements entrent en jeu, la défense du principe de sécurité peut aussi être au service d'une norme spécifique à ce groupe professionnel, celle consistant à considérer la cuisine comme un lieu interdit au public. Cette norme est mentionnée par le premier responsable, lorsqu'il rappelle que le refus d'ouvrir l'accès des cuisines aux profanes est au cœur du métier de cuisinier. Le personnel de ce secteur se présente d'ailleurs souvent comme constituant un « monde à part » au sein de l'établissement, la cuisine étant un lieu dont le rythme (avec ses "pics" et ses "rushs") est incompatible avec la présence de personnes âgées. Ainsi, parallèlement aux aspects sécuritaires et d'hygiène, c'est tout autant l'argument du bien-être du personnel (lié aux conditions d'exercice du travail) qui semble primer sur l'autonomie et la dignité des résident-e-s. En effet, la présence des personnes âgées sur leur territoire fait craindre au personnel d'intendance d'être freiné dans l'exécution de ses tâches. Pour faire face à ces résistances, dans l'EMS La Plaine, le service d'animation propose des activités ménagères qui sont effectuées dans des lieux *ad hoc* : une petite lingerie et une cuisine prévues uniquement pour les résident-e-s. Il s'agit ici en fait de développer auprès des résident-e-s un *sentiment* de dignité, davantage que leur déléguer réellement une partie des tâches organisationnelles, collectives.

Dans le domaine des soins, afin de protéger l'autonomie des résident-e-s, les soignant-e-s cherchent à « faire avec » au lieu de « faire à leur place », en particulier s'agissant des activités liées à l'hygiène corporelle. Cela signifie, par exemple, prendre en compte des ressources relevant de la mobilité. Le fait qu'une personne âgée exécute elle-même une partie de ces gestes est souvent mentionné comme étant un élément important de la qualité de vie :

Donc, vous, vous mettez la crème sur le corps en entier ?

Oui. Ou soit seulement le dos, parce qu'ils doivent garder de l'autonomie, les résidents. C'est très important aussi. On fait tout ce que les résidents ne peuvent pas faire. Il faut aussi des fois les stimuler, il faut dire : « Est-ce que vous pourriez faire ça ? », ne pas donner des ordres. (Aide-infirmière A, EMS La Plaine)

Il s'agit de préserver également l'estime de soi des résident-e-s en leur permettant une certaine forme de contrôle sur eux-mêmes, tout en favorisant la conservation de leurs capacités dans l'accomplissement de ces gestes. Dans ce domaine aussi, la préservation de la dignité et de l'autonomie peut cependant entrer en tension avec le maintien de conditions de travail favorables au personnel : « faire à la place », à suivre les propos de ces soignant-e-s, est plus rentable en termes de temps. Entrent ici en jeu les contraintes organisationnelles : privilégier la rapidité d'exécution du travail peut découler du temps alloué par l'institution aux différentes tâches. Le personnel d'animation relève d'ailleurs souvent que leur « accompagnement individuel » se distingue de celui qui est proposé par les soignant-e-s en raison du temps consacré aux résident-e-s, par exemple lorsqu'une aide-animatrice assiste une personne âgée

pour prendre son petit-déjeuner. Les rythmes institutionnels sont d'ailleurs souvent mentionnés par les soignant·e·s comme s'opposant à l'autonomie des résident·e·s:

Il y a des gens [des résidents] qui veulent se reposer [le matin], d'autres pas. Mais quand même, on a des horaires stricts. Entre 8 h 00 et 10 h 45, c'est la toilette et le petit-déjeuner [...]. Certaines personnes préféreraient faire la toilette le soir. Mais, pour nous, c'est un peu compliqué de le faire, parce que le soir on doit donner le repas, préparer pour le coucher. Donc, on n'a pas forcément le temps. C'est [...] le matin [le moment] pour la toilette. (Aide-infirmière B, EMS La Forêt)

Les soignant·e·s disent pourtant souvent préférer pouvoir prendre le temps de « faire avec » les résident·e·s et non « à leur place », comme on peut l'observer dans l'extrait d'entretien suivant, conduit avec une assistante en soins qualifiée (ASSC)⁷:

Comment vous décidez si la personne peut ou ne peut pas faire ?

Selon les limites et puis, les ressources... Parce que souvent une personne a cette capacité juste de laver que le visage, c'est très important pour eux, parce que ça permet de garder leur indépendance ce côté-là. Et ça la valorise.

Même si c'est... ?

Oui, même si on voit que ça n'a pas été bien fait. Pour eux, ça leur permet de dire: «Voilà, j'arrive au moins à faire ça.» C'est important. Donc, on essaie au moins qu'ils puissent garder au maximum leurs capacités. Même si c'est un petit pourcentage. (Assistante en soins et santé communautaire, EMS La Plaine)

Pour cette professionnelle, il importe donc que la personne âgée exécute une partie des gestes de soins corporels, aussi limitée que celle-ci puisse être, et ce, même si le ou la soignante estime qu'il est ensuite nécessaire de refaire le même geste pour en rectifier le résultat, comme cela a pu être rapporté par d'autres professionnel·le·s. Il en va de même pour les lieux *ad hoc* prévus pour les activités ménagères: il s'agit sans doute plus de viser un sentiment de dignité pour la personne âgée que de compter véritablement sur ses ressources pour l'accomplissement des tâches.

⁷ La profession d'assistant·e en soins et santé communautaire, introduite il y a une dizaine d'années, s'exerce après un apprentissage de trois ans effectué en alternance école/institution de santé ou en école professionnelle. Habilité·e·s à effectuer des gestes techniques, y compris la préparation et l'administration des médicaments, ces professionnel·le·s qualifié·e·s occupent une position d'assistance aux infirmier·ère·s (Pichonnaz 2017).

3.2 Une hygiène corporelle normée

Les infirmières et infirmiers travaillant en EMS sont souvent plus « prompts à remettre en question la légitimité des tâches médico-déléguées et à valoriser leur «rôle propre» que leurs collègues travaillant à l'hôpital (Toffel et Longchamp 2017, 3 ; voir aussi : Longchamp et al. 2018, 242). Les infirmières et infirmiers diplômés exercent uniquement des rôles de cadres ou cadres supérieurs, et bénéficient dès lors de davantage d'autonomie que dans d'autres institutions de santé, comme l'explique un infirmier diplômé HES, responsable d'unité à l'EMS La Plaine :

L'hôpital appartient aux médecins, mais l'EMS aux infirmiers [...]. Ce que je trouve vraiment intéressant ici, c'est que le médecin, il n'est jamais là, il vient une fois par semaine, une matinée.

Nous observons néanmoins que l'hôpital reste la référence pour tous les soignants et soignantes qualifiés et pour l'organisation des soins. Les fondements hospitaliers de la « culture soignante » (Daigle 1991) ne sont pas remis en question par ce personnel au sein des EMS (Eloi et Martin 2017, 33 ; Pott 2017). Placé-e-s sous la responsabilité des infirmières et infirmiers (ou de plus en plus souvent des assistant-e-s en soins et santé communautaire), les soignant-e-s peu qualifié-e-s appliquent des normes d'hygiène corporelle strictes, qu'ils et elles imposent aux résident-e-s, quelles que soient les habitudes antérieures de ces derniers. Dans ce domaine, le principe d'hygiène entre donc souvent en opposition avec le principe d'autonomie des résident-e-s. La marge d'autonomie minimale qui leur est concédée consiste à leur accorder très ponctuellement le droit de refuser certains soins corporels. Plusieurs aides et auxiliaires de santé relèvent ainsi la possibilité allouée aux résident-e-s, dans certaines circonstances, de refuser de se laver les dents à midi, ou de ne pas changer de vêtement quotidiennement si ceux-ci ne sont pas tachés, de sauter un repas, ou encore de ne recevoir que la « toilette intime » et non pas sur l'entier du corps. Sur ce dernier point, le discours des aides-soignantes laisse penser que cette pratique n'est pas généralisée : la règle consiste plutôt à imposer la « toilette » quotidienne. En outre, celle-ci doit avoir lieu le matin, et une seule douche ou bain par semaine est possible. Le principe d'hygiène corporelle ne peut donc perdre en importance au profit de celui d'autonomie que de manière ponctuelle et pour une partie seulement des normes d'hygiène. L'importance de ces dernières permet à ce personnel peu qualifié, qui représente l'essentiel du personnel soignant (Pichonnaz 2017), de penser leur expertise et leurs pratiques comme étant indispensables, contrairement au travail d'animation :

Nous, on travaille 24 heures sur 24. Et on est directement avec la personne. On se sent impliqué dans tout et il faut que ça passe tout par nous. Alors, c'est vrai que des fois, en tout cas pour moi, on dirait que si nous, on n'est pas là, il n'y a rien qui se passe. S'il manque des

personnes en animation, il n'y aura «juste» pas d'animation. Mais, si nous, on n'est pas là, qu'est-ce qu'il se passe? Ils ne sont juste pas lavés.
(Aide-infirmière B, EMS La Plaine)

Le fait d'être «lavé» quotidiennement – malgré la contrainte que peut représenter une telle obligation pour des résident-e-s qui pouvaient, à domicile, ne pas le faire à ce rythme – apparaît ici comme justifiant le caractère indispensable et incontournable des soins. Les entretiens conduits avec ces professionnel-le-s, au sein des deux établissements, confirment que le respect des normes d'hygiène permet de valoriser une activité professionnelle caractérisée par une faible technicité et par l'application de savoir-faire en partie importés du monde domestique (Arborio 2002). «Laver» les personnes constituant une partie essentielle du territoire de tâches des soignant-e-s, en particulier les moins qualifié-e-s, il semble que peu de pratiques alternatives soient possibles, malgré les plaintes souvent relayées par les animateurs et animatrices, quels que soient leurs niveaux de qualification, à propos de la centralité qu'occupent les pratiques d'hygiène dans le quotidien des personnes âgées. Une aide-animatrice relève par exemple que les personnes âgées sont «bousculées» tous les matins par les soignant-e-s au moment des «toilettes» qui, comme à l'hôpital, doivent être terminées le plus tôt possible.

3.3 Définitions antagoniques du « bien manger »

La mise en concurrence du principe d'hygiène avec celui de l'autonomie est également un enjeu de débats entre le secteur des soins et celui de l'hôtellerie, plus précisément de la cuisine. Les débats portent ici sur les normes d'hygiène alimentaire, celles relevant de la diététique, défendues par les soins. Les cuisiniers, en particulier les responsables, s'appuyant sur les désirs et donc l'autonomie des résident-e-s, défendent une alimentation basée avant tout sur une norme de plaisir, et non de santé, comme l'illustrent les deux extraits d'entretiens présentés ci-après :

Ils [les résident-e-s] aiment bien les mets riches. C'est pas à 80 ans qu'on va demander à quelqu'un de faire un régime pour maigrir ou pour des problèmes cardiovasculaires ou pour du diabète. On va pas demander à une personne âgée de se priver pendant le repas. Ils ne font pas d'excès, parce qu'ils ne mangent pas de grosses quantités. Je crois que c'est le plaisir avant tout. C'est comme le coup de rouge, chez certains, c'est culturel, on ne peut le leur enlever et c'est le moment de plaisir. [...] Je suis contre la diététique pure, je pense qu'on est là pour faire plaisir plutôt que pour les mettre au régime. (Cuisinier responsable, EMS La Plaine)

Entre le désir du résident et le désir de la diététicienne ou des diététiciennes, des fois, là, il y a un sacré décalage. La crudité ou la salade verte, avant, on en mettait souvent le soir. Je la mettais, et c'est un peu

cru comme je vais dire cela, mais c'était pour les cochons, parce que les résidents ne les mangeaient pas. Donc, là, on a trouvé une petite parade, en leur proposant du jus d'orange, qui est [considéré comme une crudité]. (Cuisinier responsable, EMS La Forêt)

Ces chefs de cuisine apparaissent donc peu enclins à se soumettre à des normes diététiques et privilégient les « plats riches », puisque les résident-e-s mangent de « petites quantités ». Est ici exprimée une approche de l'alimentation par le plaisir, c'est-à-dire une conception hôtelière et gastronomique, plutôt qu'hospitalière (Fellay 2010), qui tend dès lors à s'opposer à la perspective soignante. Il faut noter cependant que, si dans ce cas les chefs cuisiniers s'opposent aux soins, les normes hôtelières sont plus souvent compatibles avec les normes soignantes. Nous avons vu que l'attachement au principe sécuritaire rapprochait les membres de ces deux secteurs, en ce qui concerne l'accès aux cuisines. De même, le personnel hôtelier en charge du nettoyage des chambres ne laisse pas les résident-e-s participer à ces tâches. Ces professionnel-le-s tendent d'ailleurs à préférer « faire les chambres » en l'absence des résident-e-s, notamment car cela est plus rapide et plus sûr.

3.4 Changer de personnes pour rompre la monotonie ?

Le bien-être du personnel entre en tension avec le respect de la dignité des résident-e-s lorsque l'on s'intéresse à l'attribution de ces derniers aux différent-e-s soignant-e-s. La plupart des personnes âgées apprécient en effet d'être soignées par les personnes qu'elles connaissent, et sont réfractaires aux changements de personnel trop fréquents (Genton-Trachsel et Christen-Gueissaz 2005). Pourtant, le bien-être du personnel peut être sur ce point privilégié à la promotion de la dignité des résident-e-s, comme on peut l'observer lorsque les équipes sont adaptées en fonction de l'évolution de l'état de santé d'un groupe de résident-e-s. En effet, un groupe peut soudainement devenir plus « lourd » ou rendre le travail moins agréable, comme le décrit une aide-infirmière :

Oui, ça tourne [les résident-e-s dont on s'occupe]. Non, ce serait trop monotone d'avoir tout le temps les mêmes personnes, parce qu'il y a des personnes sympathiques, mais il y en a d'autres, on n'a pas envie de les avoir tous les jours. (Aide-infirmière C, EMS La Forêt)

La tension entre principe de dignité et bien-être du personnel est bien perceptible dans le discours de cette aide-infirmière, pour qui le bien-être au travail peut entrer en concurrence avec l'établissement de relations suivies avec les résident-e-s. Il ne s'agit pas de dire que le personnel soignant n'attache pas d'importance à l'établissement de relations, ni que le discours de cette aide-infirmière est représentatif de son groupe professionnel d'appartenance. Le discours ici rapporté montre en revanche

que, selon les personnes âgées considérées, la préservation de leur dignité peut entrer en concurrence avec le bien-être du personnel.

3.5 Vivre dans un « chez soi » ? Les contraintes sécuritaires

La priorité donnée au principe de sécurité peut limiter la possibilité pour les personnes âgées de profiter de liens entre leur vie en institution et leur « vie d'avant », et pas uniquement en lien avec l'accomplissement d'activités ménagères (cf. 3.1). Promouvoir la dignité des personnes âgées, c'est en effet leur permettre de conserver leur identité sociale et assurer une forme de « continuité » (Genton-Trachsel et Christen-Gueissaz 2005) entre leur vie antérieure et leur vie en institution. D'un point de vue matériel, cela peut en particulier se traduire par la possibilité d'emmener avec soi dans l'institution des objets ayant une importance dans la constitution de l'identité des personnes ou plus simplement ayant compté dans leur vie, et qui de ce fait « révèlent » des éléments de leur passé (Dupré-Lévêque 2001, 26). La première opposition à cette pratique est spatiale : la taille des chambres ne permet pas un transfert extensif des objets personnels. Le directeur de l'EMS La Forêt a par exemple réglé cette question au travers d'une politique selon laquelle en chambre double, le « meuble externe » n'est pas accepté, car l'espace est trop exigü. En revanche, dans une chambre individuelle, le meuble est « accepté, et même recommandé ». Est encouragé également pour toutes les personnes âgées le fait d'emporter un tableau, des photographies ou d'autres souvenirs. Pour certains objets cependant, la norme de dignité entre en concurrence avec celle de sécurité. Ces tensions sont visibles dans le récit suivant, issu d'un entretien mené avec le directeur d'un établissement :

De temps à autre, il arrive une grande question qui est celle du tapis. Un résident qui arrive et qui dit : « Est-ce que je pourrais entrer un tapis ? » À l'animation, ils vont dire « Oui » Les soins, ils vont dire : « Le tapis, c'est la chute. » Mais en même temps, la famille va dire : « Mais, c'est le tapis d'Orient que ma mère a toujours eu chez elle. » Alors, la gouvernante dit : « Ce n'est pas moi qui décide, ce sont les soins. » Les soins disent : « Ouh, il ne faut pas admettre. » La gouvernante vient vers moi et me dit : « La famille n'est pas contente. » Donc, j'arbitre, et j'ai dit non. Récemment, il y a une résidente qui a voulu, c'est dur, mais, qui a voulu mettre des rosiers à son balcon en chambre individuelle. L'intendante générale a dit : « Je ne décide pas, c'est le directeur qui décide. » Le rosier est révélateur, parce que le rosier qui est sur la fenêtre du deuxième étage, forcément que le fils dit : « Ma maman arrose tous les jours ses rosiers. » Mon intendante se dit : « Si madame va ouvrir la fenêtre, elle va chuter et puis, elle va tomber. » Donc, j'ai dit non aux rosiers, parce que moi je ne prends pas le risque que madame chute en arrosant son rosier.

Le tapis et les rosiers symbolisent la continuité avec la vie antérieure à l'institutionnalisation, puisque la personne a « toujours eu chez elle » le premier ou « arrosait tous les jours » les seconds. La direction tend à préférer ici ne pas prendre le risque que la personne ne chute, et donc à privilégier le principe de sécurité. Celui-ci est défendu principalement par le secteur des soins, mais relayé par la responsable de l'intendance qui ne semble pas s'y opposer. La responsabilité de la décision est renvoyée à l'autorité de la direction. Ces débats à propos desquels la direction doit trancher montrent bien comment le principe de dignité, consistant dans ce cas à respecter un objectif de continuité avec « la vie d'avant », et celui de sécurité, nécessitent d'être hiérarchisés.

La sécurité entre finalement en tension avec le principe d'autonomie en ce qui concerne les possibilités de déambulation, la liberté de mouvement des résident.e.s. Les débats portent notamment sur l'accès à certains lieux, comme l'explique le responsable technique d'un établissement :

Dans cet étage, je ne sais pas si vous avez observé, on a dû mettre des panneaux, parce que [l'organe d'accréditation] a relevé que les résidents n'avaient pas le droit de descendre dans cet étage, parce que c'est un étage technique. Donc, il a été question de mettre un cylindre dans l'ascenseur pour pouvoir venir à cet étage. Nous, on a plutôt mis un gros panneau, on a informé tout le monde. Parce qu'il y a certains résidents qui ont encore du plaisir peut-être pas de venir dans les ateliers, mais, certaines personnes aiment venir à la lingerie, certaines dames. Elles aiment bien venir discuter avec la lingère, de leurs vêtements par exemple. Et on essaie de faire en sorte que ce corridor ne représente pas de danger pour cette personne, pour respecter les normes de sécurité.

Éviter les chutes et les blessures est de toute évidence un impératif pour tous les établissements, qui doivent prendre les mesures jugées nécessaires à cette fin, dans les limites de leurs moyens. Comme l'explique en effet un infirmier responsable d'étage à l'EMS La Forêt, « on ne peut pas mettre une aide-infirmière derrière chaque résident ». Les débats entre principes de sécurité et de l'autonomie relèvent néanmoins du choix et de l'étendue des mesures prises, ainsi que de la manière dont les règles générales sont appliquées en pratique. Dans l'exemple cité ci-dessus, le cadre réglementaire impose une norme de sécurité stricte, qui interdirait l'accès des résident.e.s à tout un étage. Le responsable technique cité relève pourtant l'importance de l'accès à certains lieux, ici la lingerie, car cela permet de promouvoir la dignité des personnes âgées.

4 Conclusion

Cette analyse des définitions variables de l'excellence professionnelle dans les établissements médicosociaux nous a permis de montrer que, si le travail est encadré par des normes qui sont spécifiques aux différents groupes professionnels concernés, les principes convoqués pour juger du travail « bien fait » leur sont communs. Les principes partagés sont un indicateur du manque d'autonomie professionnelle des métiers impliqués, dont les tâches et les savoirs se chevauchent largement. Les normes spécifiques conduisent les professionnel-le-s à opérer des hiérarchisations souvent antagoniques de ces principes, qui sont autant d'expressions de la complexité et de l'incertitude qui caractérisent leur travail, mais également des concurrences et différences de perspectives qui les opposent. Comme Florent Champy a pu le montrer, certes avec d'autres ambitions théoriques, il y a un grand intérêt heuristique à réfléchir en termes de hiérarchisations de principes de jugement lorsqu'il s'agit de comprendre les désaccords à propos des « conceptions variables » des activités professionnelles (Champy 2011, 168).

Alors que d'autres travaux ont déjà relevé l'aspect contradictoire des normes qui encadrent le travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Loffeier 2015 ; Anchisi et Gagnon 2017), nous avons pu décrire les hiérarchisations auxquelles les professionnel-le-s doivent nécessairement avoir recours pour les résoudre. Nous avons pu montrer (cf. tableau récapitulatif en annexe) que les principes d'autonomie et de dignité n'entraient pas en tension, de même que, dans le contexte actuel, ceux de gestion des risques et de bien-être du personnel. Le principe de gestion des risques entre en tension avec celui d'autonomie lorsque la liberté de mouvement des résident-e-s est restreinte, parce que l'on craint qu'elles et ils se blessent ou mettent en cause certaines règles d'hygiène, ou que les principes diététiques s'opposent à leurs désirs en matière d'alimentation. Le bien-être du personnel s'oppose également parfois à la liberté de se mouvoir : le personnel d'intendance, notamment de cuisine, préfère travailler dans un espace libéré de la présence des résident-e-s. Le principe sécuritaire s'oppose bien souvent également à celui de dignité, lorsque l'accès à des lieux rappelant la vie hors institution ou l'accomplissement d'activités d'intendance sont empêchés, alors qu'ils pourraient participer à la valorisation des résident-e-s ou au développement de leur estime personnelle. Cette opposition s'exprime également par le refus que certains objets appartenant aux résident-e-s les accompagnent en institution, aux motifs qu'ils représentent un risque de se blesser trop important. Les règles d'hygiène finalement, que nous avons associées au principe de gestion des risques, s'opposent souvent à l'autonomie des résident-e-s, qui n'ont souvent pas d'autres choix que de se plier aux normes hospitalières.

L'étude de ces débats et concurrences interprofessionnelles montre que le personnel soignant et celui de l'intendance se rejoignent fréquemment en donnant la primauté au principe de gestion des risques, même si un désaccord existe en

matière de respect des règles d'hygiène alimentaire. C'est entre soignant-e-s et personnel d'animation que les désaccords sont les plus profonds. La médicalisation de la prise en charge des personnes âgées conduit à percevoir les résident-e-s avant tout comme des malades et à réfléchir en termes de déficits plutôt que de ressources. Cette perspective soignante, dominante, est bien souvent combattue par les animateurs et animatrices. De même que les règles strictes d'hygiène, qui entrent bien souvent en tension avec l'autonomie des résident-e-s et dictent le rythme institutionnel. Il existe certes des incitations à la démedicalisation des établissements pour personnes âgées, y compris dans certaines politiques publiques. Au sein de l'EMS La Plaine, l'infirmier-chef déclare ainsi :

Est-ce que la vie, c'est se laver, s'habiller ? Pour moi, la vie, c'est s'occuper. Donc il faudrait tout inverser. Mais je vous parle de ... dans 25 ans. Pour l'instant, rien n'est fait dans ce sens-là. Il faut qu'on puisse arriver à mélanger mieux les équipes, utiliser les compétences de chacun. Le grand obstacle actuel est financier. Mais il faudrait une grande équipe pluridisciplinaire.

La « pluridisciplinarité » revendiquée, qui supposerait d'« inverser » l'importance accordée aux soins d'hygiène et celle attribuée au travail d'animation, est dans les faits loin d'être mise en pratique. Certes le financement, largement dépendant des assurances-maladie, explique en partie cette situation. Nos analyses montrent cependant que les normes spécifiques aux différents groupes professionnels, parce qu'elles entrent bien souvent en tension, constituent un autre obstacle de taille à un accompagnement « pluridisciplinaire » et à la démedicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

5 Références bibliographiques

- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Anchisi, Annick. 2011. Passer à table le jour de l'entrée d'un parent en établissement médico-social. Entre repas d'accueil et repas de deuil. *Tsantsa* 16 : 29–37.
- Anchisi, Annick et Éric Gagnon (dir.). 2017. *Aides-soignantes et autres funambules du soin. Entre nécessités et arts de faire*. Québec/Lausanne: Presses de l'Université Laval et Éditions EESP.
- Arborio, Anne-Marie. 2002. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris: Economica.
- Champy, Florent. 2011. *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Champy, Florent. 2012. *La sociologie des professions*. Paris: Presses Universitaires de France (2^e éd.).
- Champy, Florent. 2015. Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique. La « sagesse pratique » dans les activités médicales et paramédicales. Pp. 165–179 in *Soigner l'humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, dirigé par Claire Georges-Tarragano, Frédéric Pierru et Harold Astre. Rennes: Presses de l'EHESP.

- Daigle, Johanne. 1991. Devenir infirmière. Les modalités d'expression d'une culture soignante au XX^e siècle. *Recherches féministes* 4(1) : 67–86.
- Demailly, Lise. 2008. *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.
- Dupré-Lévêque, Delphine. 2001. *Une ethnologue en maison de retraite. Le guide de la qualité de vie*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Eloi, Mélina et Philippe Martin. 2017. La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations. *Revue française des affaires sociales* 1 : 21–40.
- Fellay, Angélique. 2010. Servir au restaurant : sociologie d'un métier (mé)connu. Thèse de doctorat, Sociologie, Université de Lausanne, Suisse.
- Freidson, Eliot. 2001. *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge : Polity Press.
- Genton-Trachsel, Antoinette et Eliane Christen-Gueissaz. 2005. *Convergences et décalages entre la portée institutionnelle des « démarches qualité » et le bien-être des résidents d'établissements médicosociaux certifiés*. Rapport de recherche, Lausanne.
- Keller, Verena. 2016. *Manuel critique du travail social*. Lausanne : Éditions EESP.
- Lambelet, Alexandre, David Pichonnaz et Valérie Hugentobler. 2017. Les territoires de l'animation en établissements pour personnes âgées : concilier contraintes organisationnelles et souci de la qualité de vie des résident-e-s. *Lien social et Politiques* 79 : 93–112.
- Lebon, Francis et Jérôme Camus. 2015. *Regards sociologiques sur l'animation*. Paris : La Documentation française.
- Loffeier, Iris. 2015. *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Longchamp, Philippe, Kevin Toffel, Felix Bühlmann et Amal Tawfik. 2018. L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande. *Revue française de sociologie* 2(59) : 219–258.
- Mallon, Isabelle. 2004. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Pichonnaz, David. 2017. La fin des aides-soignantes et aides-soignants ? Un nouveau diplôme aux effets paradoxaux en Suisse. *Vie et vieillissement* 14(3) : 32–38.
- Pott, Muriel. 2017. Contribution des auxiliaires de soin et d'animation à un ordre négocié : adoucir l'entrée en maison de retraite médicalisée, faciliter l'incorporation. Pp. 89–104 in *Aides-soignantes et autres funambules du soin. Entre nécessités et arts de faire*, dirigé par Annick Anchisi et Éric Gagnon. Québec/Lausanne : Presses de l'Université Laval/Éditions EESP.
- Ravon, Bertrand et Jacques Ion. 2014. *Les travailleurs sociaux*. Paris : La Découverte.
- Rimbert, Gérard. 2011. *Vieillards sous bonne garde. Réparer l'irréparable en maison de retraite*. Bellecombe-en-Bauges : Croquant.
- Sainsaulieu, Ivan. 2007. *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*. Paris : Belin.
- Toffel, Kevin et Philippe Longchamp. 2017. Importer, transformer, diffuser les savoirs infirmiers. Trois figures de la lutte pour l'autonomisation d'une profession. *Anthropologie & Santé* 14, <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2536> (29.06.2019).
- Vercauteren, Richard et Jocelyne Chapeleau. 1995. *Évaluer la qualité de la vie en maison de retraite*. Ramonville Sanit-Agne : Erès.
- Weber, Florence, Loïc Trabut et Solène Billaud. 2014. *Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui*. Paris : Éditions de l'ENS.

6 Annexes

Synthèse des oppositions entre les quatre principes

	Gestion des risques (sécurité et hygiène)	Bien-être du personnel
Autonomie	<p>Pour les résident-e-s : Déambuler librement vs. Ne pas se blesser, éviter les chutes</p> <p>Manger ce qui fait plaisir vs. Hygiène alimentaire (« manger sain », régimes spéciaux)</p> <p>Soins corporels : Selon les habitudes vs. Selon les normes hospitalières</p>	<p>Déambuler librement (résident-e-s) vs. Travailler dans un espace libéré de la présence des résident-e-s (personnel)</p> <p>Soins corporels, alimentation : Faire soi-même ou faire avec vs. Faire à la place</p>
Dignité	<p>Prendre avec soi des objets personnels (continuité de la « vie d’avant ») vs. Ne pas se blesser / respecter les normes d’hygiène</p> <p>Pour les résident-e-s : Accéder à certains lieux rappelant la vie hors institution / participer aux tâches collectives vs. Ne pas se blesser / respecter les normes d’hygiène</p>	<p>Pour les résident-e-s : Accéder à certains lieux rappelant la vie hors institution / participer aux tâches collectives vs. Pour le personnel : travailler dans un espace libéré de la présence des résident-e-s</p> <p>Établir des relations suivies avec les résident-e-s vs. Rompre la monotonie, être libéré-e des résident-e-s « moins sympathiques »</p>



Sandro Cattacin,
Dagmar Domenig,
Urs Schäfer (Hrsg.)

**Selbstbestimmt
mitgestalten!
Behinderung im
Fokus individueller
und gesellschaftlicher
Emanzipation**

ISBN 978-3-03777-197-6
176 Seiten, 15,5 x 22,5 cm
SFr. 29.—/Euro 26.—

Mitbestimmung kann auf verschiedene Art und Weise konzeptualisiert werden. Im vorliegenden Buch wird Mitbestimmung im Sinne eines multidimensionalen Zugangs auf alle Bereiche bezogen, die zur Inklusion von Verschiedenheit relevant sind, nämlich: Autonomie und Mitbestimmung an der Gestaltung des eigenen Lebensbereichs, Recht auf Arbeit und politische Rechte. Emanzipation umfasst dabei immer individuelle, kollektive und strukturelle Prozesse, die grundsätzlich politischer Natur sind.

Die Autorinnen und Autoren behandeln die soziale Konstruktion von Anderssein und Verschiedenheit, Teilhabe und Vielfalt im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention, Beteiligungschancen am Erwerbsleben, Teilhabe und Selbstbestimmung beim Zugang zu Arbeit, Beteiligung von Menschen mit Behinderungen an der Gestaltung ihrer Lebenssituation sowie Evaluationen im Bereich der Behindertenhilfe durch Peer-Befragungen.

Das Buch ist mit Bildern von Künstlerinnen und Künstlern des Ateliers CREAM (CREAtivité et Handicap Mental) in Villars-sur-Glâne illustriert.

Prof. Dr. Sandro Cattacin ist Soziologieprofessor an der Universität Genf und arbeitet zu Dynamiken des Ein- und Ausschlusses.

Dr. Dagmar Domenig ist Juristin, Sozialanthropologin und Pflegefachfrau. Ihre Schwerpunktthemen sind Migration und Gesundheit, transkulturelle Kompetenz, Umgang mit Verschiedenheit im Gesundheits- und Sozialwesen. Seit 2011 ist sie Direktorin der Stiftung Arkadis in Olten.

Urs Schäfer ist seit bald 30 Jahren im Nonprofit-Marketing tätig und hat bei diversen lokalen, nationalen und internationalen Nonprofit-Organisationen gearbeitet. Zurzeit ist er Leiter Marketing und Kommunikation bei der Stiftung Arkadis in Olten und in dieser Rolle auch für die Herausgabe der Fachpublikationen verantwortlich.