

CONCEPT avalems D'ACCOMPAGNEMENT SOCIOCULTUREL EN ems



Rapport présenté par

Chantal Furrer Rey
Marjorie Oppliger

Sierre, le 30 novembre 2020

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	1
1.1	Le mandat	1
1.2	Démarche et méthodes	2
2	L'évolution de l' « accompagnement socioculturel » en EMS	3
2.1	De quoi parle-t-on ?	3
2.2	Evolution de l'accompagnement des personnes âgées en institution	6
2.2.1	Un brin d'histoire	6
2.2.2	Les chartes comme fil rouge à l'accompagnement social en EMS	8
2.2.3	L'influence des modèles d'accompagnement en soins infirmiers.....	10
2.2.4	L'influence de l'animation socioculturelle.....	13
2.3	Les enjeux actuels de l'animation en EMS en Suisse.....	16
2.3.1	Le virage « lieu de vie » : l'animation s'organise	16
2.3.2	Le « virage ambulatoire » : plus romand qu'alémanique.....	16
2.3.3	Le virage « entrepreneurial » : le « client » face à ses choix	17
2.3.4	Crise COVID et crise de sens : le résident au centre.....	18
2.3.5	Le défi actuel de l'interprofessionnalité.....	19
2.3.6	Les enjeux du financement de l'animation en EMS	22
2.4	L'animation en EMS en Valais romand.....	22
2.5	Les concepts d'accompagnement social dans les EMS valaisans.....	24
3	L'accompagnement social en EMS d'aujourd'hui et de demain vu par les acteurs au sein de l'AVALEMS	26
3.1	Diagnostic participatif	26
3.2	Focus group avec les responsables des secteurs d'animation de l'AVALEMS ..	27
3.3	Focus group avec les directrices-directeurs d'EMS de l'AVALEMS	31
4	Concept AVALEMS d'accompagnement socioculturel en EMS	35
4.1	Pôle 1 : Principes et missions : le cahier des charges	36
4.2	Pôle 2 : Relations – l'organisation	45
4.3	Pôle 3 : Technique – les compétences.....	49
4.4	Pôle 4 : Affectif – le lieu de vie	52
4.5	Pôle 5 : Matériel : Le financement	55
4.6	Évaluation continue participative	56
5	Sources et ressources documentaires.....	57
5.1	Chartes et concepts d'animation socioculturelle	57
5.2	Rapports, recherches et articles scientifiques	58
5.3	Ouvrages de référence.....	59
5.4	Sitographie.....	59
6	Annexes	60
6.1	Cahier des charges du/de la responsable du service d'animation (format AVALEMS)	60
6.2	Missions du/de la Responsable du Service d'animation socioculturelle.....	60

6.3	Modèles d'accompagnement social en EMS	60
6.4	Tableau des formations en animation.....	60
6.5	Synthèse Focus Group 1 : Responsables de services d'animation	60
6.6	Synthèse Focus Group 2 : Directrices-teurs d'EMS.....	60

1 INTRODUCTION

1.1 Le mandat

En septembre 2018, l'AVALEMS, par son président Arnaud Schaller, nomme une « Commission Accompagnement Social » présidée par Jérémie Lugari, directeur du Castel Notre-Dame à Martigny.

Composée de 6 responsables d'EMS bas-valaisans, la commission s'est réunie 7 fois entre septembre 2018 et mars 2020, remplissant plusieurs missions en lien avec la gestion des services d'animation. Une des tâches de la Commission est d'établir un état des lieux de l'accompagnement socioculturel en EMS, avec forces, faiblesses, opportunités, menaces, afin de proposer des lignes directrices pour un concept dans les EMS valaisans. La commission a rassemblé les concepts des faitières genevoises (FEGEMS), vaudoises (HEVIVA) et fribourgeoises (AFIPA) ainsi que les concepts d'accompagnement valaisans existants, afin d'élaborer des premières bases (missions, objectifs, méthodes). Cependant, traiter ce thème demandait d'élargir la recherche aux niveaux institutionnels, organisationnels et relationnels, ce qui nécessitait un gros investissement en termes de recherche (pv 23.05.2019).

En fin janvier 2020, la direction de l'AVALEMS mandate alors Chantal Furrer Rey, membre du collectif de formateurs Formaction, licenciée en anthropologie, animatrice socioculturelle diplômée, spécialisée dans les méthodes participatives et le renforcement associatif. Marjorie Oppliger, animatrice socioculturelle diplômée, est engagée comme assistante pour ce mandat. Leur mission est de proposer un concept d'accompagnement / animation en EMS adapté à la réalité valaisanne, et de réaliser un document de référence, diffusable aux EMS valaisans, pour définir les contours de l'animation socioculturelle en institution.

Parmi les tâches à effectuer, le mandat consiste à :

- Établir un inventaire de ce qui existe au niveau romand en termes de concepts d'animation en EMS. Analyser quelles expériences ont été réalisées avec succès ;
- Définir et situer les modèles d'animation ainsi que les méthodes mises en place (Montessori, Humanitudes ; ...)
- Débattre avec les divers professionnel-le-s en EMS valaisans des expériences faites dans les autres cantons / pays, au regard de l'expérience et du contexte valaisan ;
- Vérifier et transposer les propositions des divers acteurs avec la réalité des institutions et les opportunités stratégiques actuelles de l'AVALEMS ;
- Établir un rapport complet et référencé, ainsi qu'un « livrable » synthétique permettant de présenter le concept de manière percutante et convaincante aux EMS valaisans ;
- Fournir un cahier des charges du-de la responsable de service d'animation et une étude du profil de compétences du personnel à charge de l'animation, avec les formations de base et continues correspondantes.

Le mandat devait se faire entre février et juin, mais la crise sanitaire du COVID-19 a remis à septembre et octobre les ateliers participatifs et focus groups prévus en juin. Le rapport est donc déposé fin novembre 2020.

1.2 Démarche et méthodes

Dans un premier temps, nous avons étudié **l'évolution des divers modèles d'animation** dans les pays francophones et les cantons romands, grâce à la lecture de recherches scientifiques, d'articles professionnels, de documents institutionnels (concepts, chartes, etc.), de sites spécialisés dans divers modèles d'animation, afin de repérer les enjeux actuels, les modèles qui ont fait leurs preuves, les avantages et inconvénients des divers concepts d'accompagnement social, et les obstacles possibles à leur mise en œuvre.

Nous avons également visité trois EMS dans les cantons de Vaud et du Valais, qui ont développé un concept d'animation original, pour compléter les lectures grâce à des **entretiens et une observation « in situ »**.

Nous nous sommes ensuite appuyées sur le travail élaboré jusqu'ici par la Commission Accompagnement Social de l'AVALEMS, et sur les diverses chartes et concepts utilisés dans le **Valais romand**, pour comprendre quels étaient les visions et les défis actuels de l'accompagnement socioculturel dans notre canton.

Nous avons réalisé alors qu'il existait un consensus clair sur les principes et valeurs qui régissent un service d'accompagnement socioculturel en EMS, et même sur les missions d'un service d'animation, mais que leur mise en place, quoique souhaitée par la plupart des personnes impliquées (professionnels, résidents, familles...), rencontrait des obstacles de taille et tardait à se réaliser concrètement. Les concepts d'animation appliqués ailleurs depuis plusieurs années permettaient un recul quant aux éléments à prendre en compte, notamment sur les opportunités et freins possibles à leur mise en place.

Pour pouvoir définir un concept d'animation **réalisable, adapté au contexte cantonal et aux réalités de terrain (professionnels, résidents)**, nous avons besoin de l'expérience et du recul des professionnel-le-s de l'animation, et de l'avis des directrices et directeurs d'EMS directement confrontés aux enjeux politiques et économiques dont dépend largement la mise en place d'un tel concept.

Nous avons choisi de vérifier nos hypothèses auprès des responsables des secteurs d'animation de l'AVALEMS, avec lesquelles nous avons organisé un atelier participatif (7 juillet 2020) ; puis auprès d'un focus group des directrices et directeurs d'EMS valaisans (7 octobre 2020).

Nous avons regroupé l'ensemble des résultats dans ce rapport :

- *chapitre 2 pour l'étude documentaire ;*
- *chapitre 3 pour l'enquête participative ;*

et en avons ressorti une proposition de concept d'accompagnement socioculturel à l'usage des directions d'EMS :

- *chapitre 4 pour le concept AVALEMS.*

Ce concept décrit non seulement les principes, missions, tâches, méthodes et profils professionnels d'un service d'animation, mais comprend des pistes possibles pour favoriser les conditions nécessaires à sa mise en place : notamment l'organisation, l'interprofessionnalité, le financement.

2 L'ÉVOLUTION DE L' « ACCOMPAGNEMENT SOCIOCULTUREL » EN EMS

2.1 De quoi parle-t-on ?

Accompagnement

Le terme d' « accompagnement » a peu à peu pris les devants sur ceux de « prise en charge » ou de « soins », basés sur une vision centrée sur la santé et les soins infirmiers à la base. L' « accompagnement » décrit un travail avec les personnes âgées basé sur la réponse à leurs besoins dans cette dernière étape de vie en institution.

« Accompagner » (étymologiquement : « *manger le pain avec* ») signifie « *aller de compagnie avec* », c'est-à-dire *cheminer ensemble au quotidien*. L'accompagnement en EMS suppose une relation aux résidents qui vise à soutenir leur qualité de vie dans toutes ses dimensions. Le terme d'accompagnement suggère que le soutien à la personne âgée se réalise dans une perspective de « faire avec » plutôt que « faire pour » : le résident et ses proches sont actifs dans la définition des besoins, dans le choix des offres de prestations, et dans la vie de la « maison » plus généralement. On entend ici une différence de posture des professionnels. Dans l'accompagnement, nous sommes en appui aux ressources des résidents ; dans la prise en charge, nous comptons sur nos compétences pour soigner, sécuriser, animer, nourrir les résidents.

Ce terme est le plus souvent suivi d'un adjectif précisant le domaine dans lequel se fait ce cheminement ensemble : accompagnement social, spirituel, médical ou « en soins » ; plus rarement - mais on pourrait les ajouter - culturel, nutritionnel, administratif.

Accompagnement social

L' « **accompagnement social** » s'inscrit donc comme une des modalités d'accompagnement en EMS. Dans la vie quotidienne du résident, on peut dire que l' « accompagnement social » est une **forme de relation** qui se met en place **à tous les moments** de la journée, et **par toutes les personnes** qui côtoient les résidents : de la femme de ménage à la secrétaire, de la directrice aux autres résidents, du concierge aux visites, de l'infirmier au cuisinier, toutes et tous accompagnent « socialement » la personne âgée, l'espace d'une rencontre, d'un échange de gestes ou de mots, d'un repas partagé, d'un soin, d'une promenade, d'une activité commune... L'accompagnement social en EMS est donc « l'affaire de toutes et tous ».

Animation

L'« animation » en EMS a d'abord été une forme d'accompagnement social basé sur l'activité, dans l'idée de mettre de la vie, occuper les résidents, maintenir leur intérêt et leurs capacités. Limitée auparavant à l'organisation d'un programme d'activités de groupes, l'animation en EMS se charge peu à peu de l'accompagnement social des résidents dans une vision plus globale, amenée par la formation professionnelle des animatrices et animateurs de terrain.

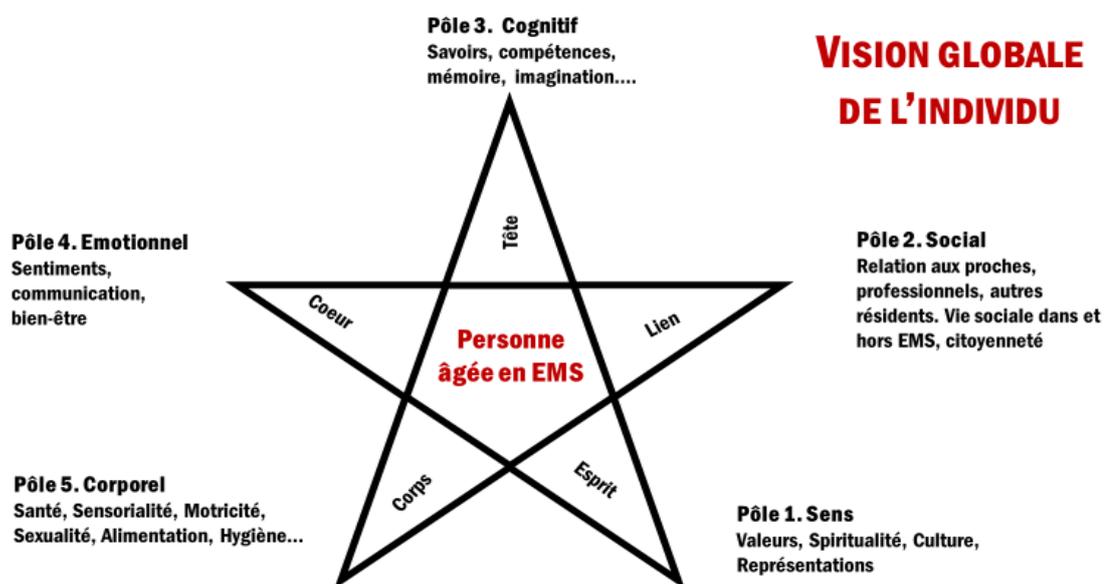
Animation socioculturelle

L'« animation socioculturelle » en EMS, est une intervention professionnelle qui s'adresse à l'ensemble des personnes de l'institution, considérées comme « actrices » et protagonistes de l'animation. « Elle amène à l'accompagnement social global des outils, une organisation, une coordination, et la réunion des forces et ressources pour rendre les activités et projets possibles. » (AFIPA 2017)

Accompagnement socioculturel

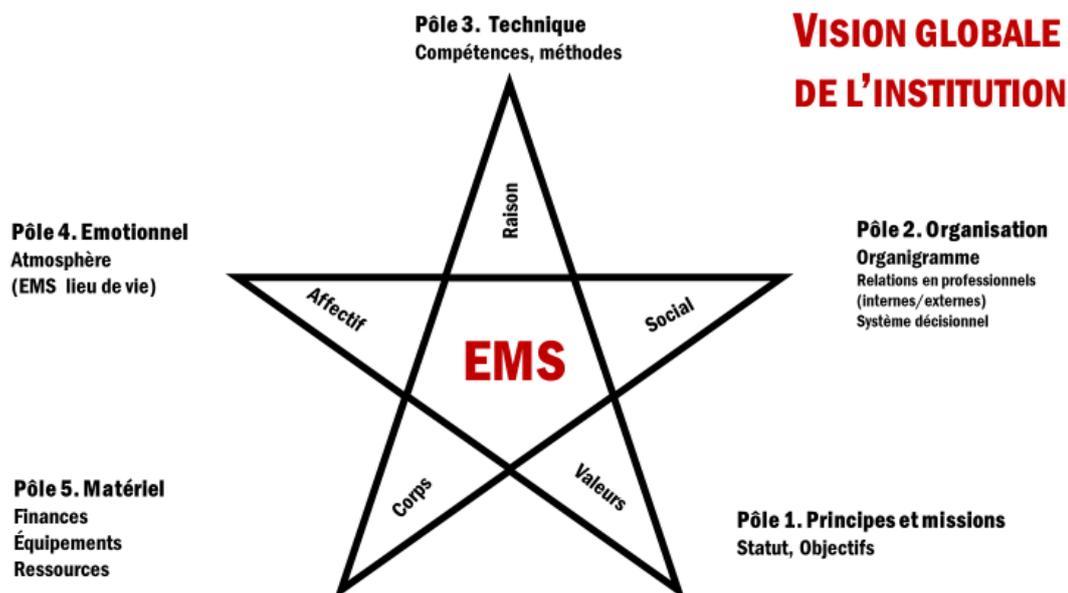
Un concept d'animation socioculturelle en EMS ne peut se concevoir que dans une **vision globale de la personne âgée** dans toutes ses dimensions, et donc d'un concept global d'accompagnement du résident dans sa vie quotidienne.

Nous nous sommes inspirées du Pentagramme de Ginger qui schématise de manière précise cette approche globale : les 5 branches de l'étoile représentent les dimensions de la personne, ou de l'institution pour le pentagramme des organisations humaines. Ces dimensions sont présentes dans tous les moments de la vie, dans chaque situation. Le schéma nous permet de faire un « diagnostic » global d'une personne (ou d'un groupe) à un moment donné, et d'élargir notre accompagnement en tenant compte de chacune de ces dimensions.



Pentagramme de Ginger (1981), approche holistique de la personne

Une prise en charge très sectorisée, comme c'est le cas dans les hôpitaux, amène à « couper la personne en tranches », chaque spécialiste s'occupant exclusivement de son domaine de compétences. Un accompagnement global de la personne suppose donc aussi un décloisonnement des secteurs d'intervention. Et un concept d'animation socioculturelle ne peut se réaliser, s'organiser, se mettre en place concrètement que dans une prise en compte globale de l'institution elle-même et de toutes ses dimensions.



Pentagramme de Ginger (1981), approche holistique des organisations

C'est dans cette visée « doublement globale » que nous avons choisi ce terme « mixte » d'« accompagnement socioculturel » pour ce rapport. Nous l'avons repris de la Commission Accompagnement Social de l'AVALEMS, il ne se trouve cependant dans aucun des documents parcourus lors de nos recherches.

Ainsi, il y a plusieurs manières d'intégrer l'animation socioculturelle, orchestrée par les animatrices et animateurs professionnels, au sein de l'organisation des EMS actuels. Ces modes de faire s'insèrent dans un concept plus global d'accompagnement social en EMS, qui est l'affaire de tous.

2.2 Evolution de l'accompagnement des personnes âgées en institution

2.2.1 Un brin d'histoire

CURAVIVA, association suisse des homes et institutions sociales, décrit dans son modèle d'habitat et de soin 2030 cinq étapes dans l'évolution des EMS.

- **Type 1** (1900 à 1950/60) : **Asiles** de vieillards, dans lesquels des personnes âgées, souvent seules et pauvres (« les pensionnaires ») étaient prises en charge dans des chambres à plusieurs lits (jusqu'à huit dans un dortoir).
- **Type 2** (jusqu'en 1980 env.) : Référence croissante à **l'hôpital**, le « pensionnaire » devient un « patient » qui doit être soigné et guéri. Le problème de santé qui doit être traité est au centre.
- **Type 3** (depuis 1980 env.) : Sur le plan architectural, ces institutions se basent sur le concept du **logement**. (...). La notion d'« **habitation** » est alors aussi importante que celle de « soins ». (*Dans le monde francophone on parlera plutôt de « lieu de vie ».*)
- **Type 4** (depuis 1995 env.) : Modèle de la **communauté d'habitation avec accès individuel** : tous les résidents ont leur propre chambre ; le grand espace séjour-cuisine est central. On vit selon le principe de la « normalité du quotidien » : **l'accompagnement** est au centre des préoccupations. Reconnaissance des notions d'**individualité**, d'**autonomie** et d'**autodétermination** des personnes âgées dépendantes.
- **Type 5** (depuis 2000 env.) : L'autonomie, l'auto-détermination et la normalité du quotidien figurent au premier plan – malgré les besoins en soins et en accompagnement. **La qualité de vie individuelle** dans le logement usuel ou dans le nouveau contexte d'habitation librement choisi est centrale.

Les étapes 4 et 5 arrivent dans un contexte particulier :

Le vieillissement de la population est une préoccupation politique des départements de la santé. La tendance est à anticiper l'augmentation des coûts financiers en santé que cela représente, plutôt que les ressources économiques, sociales et culturelles que les seniors amènent à la société.

Les soins infirmiers aux personnes âgées évoluent vers une plus grande variété de prestations de services de santé, qui remettent à plus tard l'entrée en institution des personnes dépendantes : notamment les soins ambulatoires, les soins à domicile, et une meilleure coordination entre les diverses offres.

Parallèlement, des projets de société prennent forme, provenant du monde associatif et des travailleurs sociaux, pour intégrer les seniors dépendants dans la vie sociale et culturelle et retarder encore leur institutionnalisation : communautés de vie solidaires et intergénérationnelles, nouvelles formes d'habitat (co-locations, habitats « protégés » avec concierge social...), soutien aux proches-aidants, avec notamment l'ouverture des maisons de quartier et centres de loisirs aux seniors dépendants, et l'ouverture de foyers de jour non médicalisés.

En conséquence de tous ces développements, les personnes âgées dépendantes entrent toujours plus tard dans les établissements médico-sociaux, de moins en moins autonomes, et avec des problématiques de plus en plus variées. Les soins dans les institutions deviennent de plus en plus complexes. La part de personnel peu ou pas formé est trop importante dans les équipes pour qu'elles puissent répondre aux besoins spécifiques des résidents, mais les moyens financiers manquent pour l'engagement de personnel plus formé.

Autre évolution : comme environ 2/3 des résidents arrivent en institution avec des maladies psychiatriques avancées (avec désorientation, errance, comportements à risque...), de plus en plus d'établissements font le choix de séparer les résidents les plus gravement atteints des autres résidents : les établissements ont donc des pavillons ou des étages de psycho-gériatrie, qui fonctionnent parfois de manière autonome et coupés du reste des résidents. Les services sociaux et hôteliers se réorganisent alors, comme les soins, autour de ces « quartiers » séparés : nouveaux espaces de vie et d'animation, regroupements plus petits des résidents comme du personnel, nouveau cadre horaire, nouvelles formes de collaboration entre les disciplines : les « territoires » professionnels sont moins séparés dans ces nouveaux espaces.

La complexification des soins, la variété des résidents, mais aussi la pression des familles demandeuses pour leur parent placé de la qualité de vie plutôt que de la qualité des soins, et la pression médiatique suite à des cas de maltraitance ou de non-traitance dans les établissements médico-sociaux, tous ces éléments ont permis à une **nouvelle conception d'accompagnement des résidents** de se développer :

- sur un modèle de lieu de vie plutôt que d'établissement de santé ;
- dans une perception plus globale du résident comme de l'intervention ;
- dans une perspective interdisciplinaire, **avec une place croissante pour l'accompagnement social.**

Les associations d'animatrices/animateurs en institutions, comme le GAG (Groupement des animateurs en gériatrie, en France) et la FEGEMS (Fédération Genevoise des EMS), naissent dans la fin des années 90 et le début des années 2000 : Elles vont alors promouvoir dans un premier temps un **service d'animation séparé et indépendant**, puis dans un deuxième temps une forme d'animation plus intégrée dans un accompagnement global et pluridisciplinaire. Coordonnée par des animateurs, l'animation devient « l'affaire de tous ».

L'« accompagnement social » est alors à la croisée des disciplines de la santé et du social, mais également du service hôtelier, et l'établissement se réorganise de manière interdisciplinaire, pour permettre une plus grande souplesse et une collaboration sans faille dans l'adaptation aux situations individuelles et dans l'organisation de la vie quotidienne des résidents.

Selon Curaviva.ch, la génération actuelle des soins aux personnes âgées (type 5) se fonde sur quatre piliers:

- **Vivre dans le respect de la sphère privée** : habiter dans son propre appartement avec un accompagnement en fonction des besoins et selon des souhaits personnels (service à la carte).
- **Vivre selon ses standards usuels**: les personnes âgées dépendantes souhaitent, dans la mesure du possible, conserver leurs habitudes de vie.
- **Vivre en communauté**: en complément à « l'habitat privé », des espaces et des offres de vie communautaire sont prévus (lieux de séjour et activités communes).
- **Vivre dans l'espace public**: l'institution est ouverte sur le quartier et vice-versa. La participation à la vie sociale est assurée. Le quartier d'habitation est un espace de vie (les gens du quartier viennent dans l'institution – l'institution participe à la vie de quartier).

2.2.2 Les chartes comme fil rouge à l'accompagnement social en EMS

Au niveau juridique, la personne âgée a les mêmes droits et devoirs que toute personne majeure. C'est pourquoi jusqu'à récemment, les pays et les régions n'ont pas jugé utile d'émettre des droits spécifiques pour les seniors. Or l'arrivée à l'âge de la retraite d'abord, puis la diminution progressive des facultés physiques et psychiques dues à l'âge, font que ces droits sont de moins en moins exercés. Le vieillissement de la population force le monde politique à poser des cadres juridiques pour assurer le respect et l'exercice des droits des personnes âgées, en particulier celles qui se retrouvent dans des situations de précarité, de désocialisation et de perte d'autonomie.

La Charte européenne

La « Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée » mentionne dans son préambule :

« L'Union Européenne reconnaît et respecte les droits des personnes âgées, qui sont plus susceptibles de dépendre des autres pour l'aide et les soins, à « mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle » (Charte des droits fondamentaux de l'UE, art. 25.).

La Charte européenne mentionne notamment :

- Le droit à **la dignité, au bien-être psychique et mental, à la liberté et à la sécurité**.
- Le droit à la **protection contre toutes maltraitances, négligences et abus** médicaux et pharmaceutiques
- Le droit à **l'autodétermination, à la liberté de choix**. La charte établit notamment les conditions d'exceptions qui peuvent limiter cette auto-détermination (2.8).
- Le droit à la **vie privée et au respect de l'intimité** : la charte précise : « quels que soient l'endroit où vous vivez et le degré de soins et d'assistance dont vous avez besoin » et préconise « l'attention particulière accordée à la pudeur »
- Le droit de continuer de communiquer et de **participer à la société** et à des activités culturelles
- Le droit à des **soins de qualité et adaptés à vos besoins et à vos souhaits** personnels.

La charte précise ici que ces soins doivent être

- financièrement abordables
- assurés par des personnes qui possèdent les qualifications requises (professionnels) et bénéficient d'un soutien adéquat (proches-aidants)
- personnalisés (notamment (4-9) « Vous êtes en droit d'attendre que l'on tienne compte des aspects de votre mode de vie antérieur qui sont importants pour vous. »
- coordonnés (4.5.) « Vous êtes en droit d'attendre de toutes les personnes, institutions et organisations professionnelles participant à vos soins, à votre prise en charge et à votre traitement qu'elles communiquent et collaborent entre elles et qu'elles coordonnent les services qu'elles vous fournissent afin de servir au mieux vos intérêts. »

La plus grande partie des éléments de cette Charte vont se retrouver dans les principes édictés par les milieux de l'animation en EMS dans les pays francophones.

En France, la Charte du GAG

Le GAG, Groupement national des Animateurs en Gérontologie, est une association créée en 2000, qui a pour objectif principal le « développement d'une animation **sociale et culturelle**, centrée sur les demandes et souhaits des adultes âgés, construite **avec eux** ».

La **Charte de l'animation en gérontologie (2007)**, élaborée sur plus de 5 ans, de manière participative, avec les professionnels, les bénévoles, les directions, les élus, les familles et les personnes âgées elles-mêmes, énonce les points d'orientation majeurs de **l'animation avec les personnes âgées**.

Cette Charte amène deux éléments qui ont influencé les pratiques d'accompagnement dans les EHPAD français et dont s'inspirent les EMS suisses :

- **Un principe d'interprofessionnalité**

L'animation en gérontologie est contributive d'une **approche globale** de l'adulte âgé, et fait référence à toutes les disciplines. Elle favorise une réflexion globale sur les rôles des adultes âgés eux-mêmes, l'implication de tous les aidants dans une **coopération construite** (*notamment autour du projet d'animation*)

- **Une méthode basée sur le « projet d'animation »**

Le projet d'animation est élaboré dans une **démarche participative** avec les adultes âgés eux-mêmes, en fonction de leurs capacités, et avec tous les partenaires, l'animateur ayant un rôle de coordination et de médiation.

Le projet d'animation comprend la mise en œuvre des réponses aux attentes et besoins de la personne âgée, le développement de la vie relationnelle, sociale et culturelle des personnes, l'incitation à des projets permettant une vie sociale.

Le **groupe** est un support important de valorisation de la vie sociale. Il facilite le croisement des attentes individuelles, les stimule, et aide à l'exercice des rôles sociaux.

En Suisse, les chartes des associations cantonales d'EMS

En Suisse, ce sont d'abord les associations cantonales d'EMS qui ont travaillé sur les premières chartes pour l'accompagnement global des personnes âgées, en même temps qu'elles définissaient les concepts d'animation socioculturelle qui correspondaient à ces principes et valeurs. On y retrouve quasiment tous les éléments vus plus haut dans la Charte européenne et celle du GAG.

Les établissements se sont inspirés de ces chartes cantonales pour écrire leurs propres chartes institutionnelles, choisissant parmi les principes ceux qui convenaient le mieux à leur établissement. La Charte éthique de la FEGEMS, fédération genevoise des EMS, est la source la plus souvent utilisée dans les chartes romandes et valaisannes étudiées.

L'élaboration des chartes d'établissements n'a été que rarement participative, le personnel n'y a que peu ou pas été inclus, encore moins les résidents. Ces chartes ont été écrites le plus souvent par les responsables des secteurs d'animation et avalisées par les directions. C'est là une des raisons des difficultés de mise en place de ces principes par l'ensemble des secteurs : le partage de sens n'a pas souvent eu lieu et des tensions se sont produites au niveau des territoires professionnels.

2.2.3 L'influence des modèles d'accompagnement en soins infirmiers

Le changement de paradigme vers un modèle d'établissement qui se base sur les besoins et souhaits du résident, et met en avant ses ressources et compétences plutôt que ses manques et handicaps, s'est inspiré de plusieurs modèles.

Si le modèle de l'animation socioculturelle, que nous décrirons plus loin, nous vient du champ du travail social, les autres modèles d'accompagnement proviennent tous des soins infirmiers, et en particulier des soins aux personnes dépendantes.

Virginia Henderson et les 14 besoins fondamentaux

La grille des besoins fondamentaux selon Henderson, parue en 1947, et encore largement enseignée dans les écoles de soins infirmiers, est utilisée pour établir l'anamnèse d'une personne lorsqu'elle est demandeuse de soins, notamment de soins infirmiers. Or parmi ces besoins figurent les 5 derniers, clairement hors du domaine des soins infirmiers, et qui ouvrent donc l'accompagnement aux personnes nécessitant des soins aux **dimensions sociales et culturelles**.

B10 : Communiquer avec ses semblables : Capacité d'une personne à être comprise et comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.

B11 : Agir selon ses croyances et ses valeurs : Capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs. Également à les impliquer dans le sens qu'elle souhaite donner à sa vie. (*ici : les prémisses de l'auto-détermination*)

B12 : S'occuper en vue de se réaliser : Capacité d'une personne à avoir des activités ludiques ou créatrices, des loisirs, à les impliquer dans son auto-réalisation et conserver son estime de soi. Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.

B13 : Se récréer : Capacité d'une personne à se détendre et à se cultiver. Également à s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle et d'en éprouver une satisfaction personnelle.

B14 : Apprendre : Capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en résilience et à pouvoir transmettre un savoir.

Un accompagnement du résident consistant à prendre soin de ces 14 besoins nécessite donc de considérer la santé de manière globale et d'organiser la réponse aux besoins dans une approche pluridisciplinaire.

Les Humanitudes

En 1985, Rosette Marescotti et Yves Gineste créent le centre Communication et Etudes Corporelles CEC, organisme de formation continue spécialisé dans les domaines du soin.

Selon Luquel (2008), «la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® nommée « Humanitudes » remet en cause la culture soignante avec la prédominance du *cure* sur le *care*. (...) « La philosophie « Humanitude » a radicalement modifié la culture soignante en privilégiant le soin « adaptatif » respectant la singularité du patient soigné sur le soin curatif. (...) Le soin ne peut reposer uniquement sur les réponses aux besoins fondamentaux, la **dimension relation** est prise en compte pour s'inscrire dans un véritable accompagnement. »

Ce courant a développé une méthodologie de l'accompagnement basée sur plusieurs piliers :

- La **formation du personnel** pour acquérir la posture et les attitudes qui s'inscrivent dans une éthique de la relation
- Des **techniques de communication** (avec 3 canaux sensoriels, la voix, le regard, le toucher) pour prévenir les comportements d'agitation pathologique chez les patients atteints de démences.
- **L'intégration des proches et des familles** dans la définition du projet d'accompagnement personnalisé du résident.
- **L'interdisciplinarité** et des outils d'analyse et d'organisation qui permettent une collaboration entre les divers métiers
- Une forme de **management participatif**, présupposé de l'intégration des principes et méthodes dans l'EMS

Plusieurs EMS valaisans ont fait l'expérience de mettre en place cette philosophie dans leur établissement. L'EMS des 3 sapins à Troistorrents a édité notamment un petit fascicule qui décrit la philosophie du Foyer sur la base des principes et méthodes des Humanitudes.

La méthode Montessori pour personnes atteintes de démences de type Alzheimer

Maria Montessori a créé la méthode qui porte son nom en observant les enfants. Elle s'appuie sur les capacités sensorielles, physiques et intellectuelles de l'enfant pour permettre le développement de ses potentiels. Enrichie des connaissances des neurosciences sur la démence de type Alzheimer, la méthode Montessori est importée par Cameron Camp (2010) dans l'accompagnement des personnes démentes en institutions. On part du principe qu'en contournant les déficits et en **s'appuyant sur les habiletés préservées**, les personnes atteintes de troubles cognitifs peuvent réapprendre des gestes du quotidien. Les formations Montessori se centrent donc sur un changement de regard sur la personne âgée dépendante. La méthode consiste à appliquer la devise : « Aide-moi à faire seul »

Selon Favre (2017) « (...) cette approche vient interroger profondément les organisations qui répondent à un système contraignant basé sur la recherche de gain de temps et d'argent. Prendre son temps pour « aider à faire seul » serait pourtant la clé pour en

«gagner», car cela permet à la personne de **gagner en autonomie** et de restaurer son sentiment de dignité en étant moins dépendante ». L'auteure ajoute : «Dans l'approche Montessori, chaque intervenant, quelle que soit sa fonction, exerce avant tout un rôle d'«**aide à la vie**» centré sur la personne, dépassant en ce sens celui d'aide-soignant, d'infirmier, de médecin, d'auxiliaire de vie, d'administratif, de bénévole ou encore d'aidant naturel. Ce concept partagé par tous les protagonistes formés à la méthode rejoint celui d'**interdisciplinarité**, cher au mouvement des soins palliatifs. »

Des formations Montessori sont ainsi données à l'ensemble du personnel d'un EMS pour assurer le partage par tous les acteurs de l'institution des principes et valeurs qui sous-tendent la méthode. Plusieurs EMS romands ont déjà formé l'ensemble de leur personnel. En Valais, ce modèle intéresse actuellement plusieurs EMS.

Expérience vaudoise

A la Résidence Grande Fontaine de Bex, la responsable du secteur animation est animatrice socioculturelle de formation HES. La méthodologie qu'elle a mise en place depuis plusieurs années est un mélange entre principes de l'animation socioculturelle et Méthode Montessori.

Voici les **12 principes Montessori** qu'elle applique, en plus des objectifs propres à l'animation socioculturelle que nous retrouverons plus loin :

1. L'activité doit avoir **un but/un sens** pour la personne, capter son intérêt.
2. Penser à demander à la personne et à **l'inviter à participer**.
3. **Offrir du choix** à chaque fois que c'est possible.
4. Parler moins, montrer plus !
5. Se concentrer sur les **capacités** de la personne.
6. Ralentir. Adapter sa vitesse à celle de la personne.
7. Utiliser des modèles, des indices visuels dans le matériel et l'environnement.
8. Donner à la personne quelque chose à tenir et manipuler.
9. Toujours aller du plus simple au plus complexe.
10. Si besoin, diviser l'activité en sous-étapes. Une étape à la fois.
11. Terminer en demandant: « Avez-vous aimé ? », « Voudriez-vous le refaire ? »
12. Le but est **l'engagement**. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière de faire.

Source : « La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées. » © AG&D 2013.

Carpe Diem : modèle canadien de résidences de type holistique

Carpe Diem est un centre de ressources Alzheimer organisé sous forme d'« organisme communautaire autonome à but non lucratif ».

La méthode s'approche de celle de Montessori. Ce qu'elle a de particulier, c'est **l'organisation de la vie quotidienne** :

Les **résidents** participent activement à la vie quotidienne et conservent ainsi un sentiment d'utilité, le sens des responsabilités et la conviction d'appartenir à part entière à une collectivité. L'institution s'adapte à leur rythme et non le contraire.

« Les réparations et l'entretien de la maison, l'aménagement paysager, le ménage et le repassage, les courses, ainsi que plusieurs autres tâches, sont effectuées par les personnes vivant à Carpe Diem, accompagnées par les intervenants. » (...)

« C'est en laissant à la personne la possibilité de se laver, de manger et de se vêtir elle-même qu'elle maintiendra son autonomie et une forte estime d'elle-même. Les soins d'hygiène ne sont pas régis par un horaire préétabli : les gens sont accompagnés quotidiennement selon leurs besoins, au moment où ils en ont besoin. » (...)

« Le défi est quotidien, car il n'y a pas d'heure fixée pour le coucher, le lever ou le déjeuner. »

Carpe Diem, centre de ressources Alzheimer <https://alzheimercarpediem.com>

Des intervenants polyvalents

Peu importe leur formation, les professionnels de l'équipe doivent savoir reconnaître les besoins des personnes et leur donner la priorité sur l'accomplissement des tâches. Ils sont polyvalents : « au cours de la même journée, un intervenant peut accompagner une personne dans toutes les sphères de sa vie quotidienne : les soins personnels, la préparation des repas, la pratique de loisirs, une visite médicale, sortie culturelle, etc. »

La famille et les proches impliqués

Il n'y a aucune contrainte d'horaire, la famille et les proches sont les bienvenus à toute heure de la journée et de la nuit. Ils peuvent ainsi partager tous les moments de la vie quotidienne de leur parent. Ils sont invités à s'impliquer dans tous les niveaux de l'organisation, en fonction de leur disponibilité et de leur possibilité.

Le modèle Carpe Diem est certes difficilement applicable dans les EMS de grande taille, mais certaines petites structures s'en inspirent aujourd'hui, et les principes de base sur la vie quotidienne des résidents sont en réflexion dans nos EMS, notamment dans la prise en compte du **rythme des résidents**, et de l'importance des **simples actions de la vie quotidienne** dans le développement des ressources des personnes âgées.

2.2.4 L'influence de l'animation socioculturelle

Selon Grolimund (2013), « Historiquement, l'animation socioculturelle puise ses origines dans la **promotion citoyenne** et le développement de la démocratie. La pratique de cette profession au sein d'institutions pour personnes âgées doit donc ancrer ses fondements dans la reconnaissance des personnes ainsi que la **participation réelle** aux décisions qui les concernent. »

Citoyenneté, participation aux décisions, mais aussi valorisation des rôles sociaux et continuité identitaire sont les principes de base de l'animation socioculturelle en EMS.

Ces principes et les méthodes qui permettent de les appliquer sont défendus et décrits dans des **référentiels métier**, notamment :

- en France, celui du Groupement des animateurs en Gériatrie, le GAG ;
- et en Suisse romande, les documents suivants qui sont les plus utilisés aujourd'hui.

La plupart des concepts d'animation que nous avons pu étudier, romands et valaisans, s'en inspirent largement :

- Le référentiel de compétences des métiers de l'animation socioculturelle (mai 2002)
www.anim.ch/referentiel
- FEGEMS (2009) - Animateur ou animatrice socioculturel-le en EMS – Descriptif métier, novembre 2009
http://www.anim.ch/pxo305/pxo_content/medias/descriptifmetier_animateur.pdf

Le document de la FEGEMS constitue en soi un guide précieux et complet de l'animation socioculturelle en EMS : y sont développés avec clarté et précision le contexte institutionnel, la mission de l'animation, les rôles et fonctions de l'animatrice-animateur, ses compétences, et des précisions quant aux tâches du responsable de service de l'animation et de son réseau professionnel.

Dans l'ensemble des concepts, chartes et philosophies que nous avons pu étudier, nous avons observé que l'animatrice, l'animateur socioculturel.le qui travaille en institution intervient comme passeuse – passeur à la frontière de trois systèmes que sont :

- au niveau individuel : le résident et son vécu
- au niveau institutionnel : les responsables, le personnel, les bénévoles
- au niveau social : la population du quartier, de la commune

Le **territoire** de l'animation n'est plus restreint à une salle aménagée pour les activités : il s'élargit de deux côtés : vers l'espace privatif du résident, sa chambre, son étage ; et vers l'ensemble de l'établissement, de l'intérieur vers l'extérieur, le voisinage, le quartier, la commune.

Les **temps** d'animation ne sont plus restreints à l'interstice entre soins et repas et sur la semaine, il n'est plus morcelé, mais suit les actions de la vie quotidienne des résidents et de leur entourage direct.

Et comme l'animatrice - l'animateur intervient dans chacun de ces 3 niveaux, elle-il se retrouve aussi à agir à la croisée de ces systèmes, comme médiateur-médiatrice. Concrètement, en termes d'espaces et de temps, elle-il peut intervenir dans une journée dans les étages, en visite de résidents pour des entretiens individuels, puis à la cafétéria et auprès des divers services pour l'organisation d'un projet d'animation, puis en ville pour trouver des ressources, rencontrer des intervenants... et finalement réunir ces 3 systèmes autour d'une activité commune à l'intérieur de l'établissement. Sa mission est donc « quadruple » : œuvrer dans chacun de ces niveaux ; et promouvoir les liens entre les systèmes.

Expérience vaudoise (bis)

A la même Résidence Grande Fontaine de Bex, avant l'introduction des méthode Montessori, voici comment la responsable du secteur animation décrit en synthèse l'un des principes méthodologiques de base en gestion de projets d'animation socioculturelle en EMS :



Projets d'animation socioculturelle «OGALARA»

- ▶ Une analyse de faisabilité
- ▶ Comprendre un **sens de l'action** en adéquation avec l'analyse de faisabilité
- ▶ Permettre une **participation active des bénéficiaires** dans toutes les phases du projet
- ▶ Promouvoir une gestion viable des **ressources**
- ▶ Prévoir une évaluation interactive dynamique continue du projet en lien avec le sens de l'action
- ▶ Proposer des pistes d'actions pour le futur
- ▶ Permettre aux bénéficiaires d'être porteurs de l'action
- ▶ Répondre aux besoins des bénéficiaires **AVEC eux**
- ▶ Rendre les **bénéficiaires plus autonomes tout en les valorisant**

RIA 2019 6

Le travail de l'équipe d'animation de Bex montre que les modèles, quoique différents, puisqu'issus l'un du domaine des soins, l'autre du social, peuvent s'appliquer conjointement, dans la mesure où ils sont complémentaires et intègrent à la fois la complexité des besoins des résidents et la diversité des compétences et profils du personnel.

Voici les points communs entre les deux méthodes selon l'animatrice responsable :



Montessori et l'Animation socioculturelle

- ▶ Basé sur les besoins
- ▶ Le rôle social
- ▶ La participation active
- ▶ Le maintien de l'autonomie
- ▶ Empowerment
- ▶ La Gouvernance

RIA 2019 7

Pour mêler les méthodes, il faut que les principes et ressources soient en accord avec ceux de l'institution, et que l'ensemble du personnel, des résidents et des familles soient parties prenantes d'une telle forme d'organisation.

2.3 Les enjeux actuels de l'animation en EMS en Suisse

2.3.1 Le virage « lieu de vie » : l'animation s'organise

En Suisse, le nouveau paradigme de l'accompagnement social en EMS, considéré comme lieu de vie, s'installe dans les années 1980. Les associations cantonales des EMS promeuvent l'institution comme lieu de vie et non seulement de soins, éditent leurs chartes, leurs journaux, créent leurs propres formations continues pour leur personnel.

Pour exemple, l'AVDEMS (actuellement HEVIVA, association vaudoise des EMS) crée un poste de travail pour promouvoir les activités d'animation en EMS en 1982, met sur pied une formation à l'animation en gériatrie et psychogériatrie en 1984, et édite une première édition du concept d'animation en gériatrie et psychogériatrie en 1988.

Les changements notoires sur le terrain se font d'abord en termes de variété des activités de loisirs proposés.

Extrait d'Eclairages no 1, décembre 2000 (journal de l'AVDEMS)

« Si les activités créatrices et socio-culturelles traditionnelles (excursions, concerts, gymnastique...) conservent toute leur raison d'être, de nouvelles formes d'animation voient le jour comme les activités sensorielles, les récits de vie, la musicothérapie, la lecture de journaux, les massages relaxants, l'animation spirituelle ou l'art thérapie. Ces formes d'animation réclament préalablement une connaissance des besoins individuels de la personne âgée afin de pouvoir réellement valoriser ses capacités et doivent s'inscrire dans une véritable relation d'aide impliquant l'ensemble du personnel.

La faîtière suisse CURAVIVA, qui regroupe les associations cantonales des EMS, se positionne fortement pour un accompagnement global centré sur les besoins de la personne âgée dépendante. Elle a établi une charte et des documents ressources pour promouvoir une telle évolution des EMS suisses. Du côté romand, ce sont les associations cantonales qui ont une réelle influence sur l'évolution des EMS, elles s'adaptent aux réalités et aux politiques locales, font le lien entre les expériences des divers cantons, appuient les directions en termes de coordination, communication publique, et mise en place de nouvelles directives ou de nouveaux concepts. C'est au sein de ces faîtières cantonales que les divers concepts d'accompagnement social ont été travaillés puis proposés aux EMS.

La conception de l'accompagnement social en EMS évolue « lentement mais sûrement » entre les années 80 et nos jours, du fait de causes multiples : l'évolution des résidents, les revendications des familles et des proches, les politiques cantonales et communales, les pressions des milieux associatifs (faîtières) et professionnels (notamment associations d'animateurs en gériatrie et formations professionnalisantes en animation).

2.3.2 Le « virage ambulatoire » : plus romand qu'alémanique

En Suisse comme ailleurs, la tendance des politiques de santé pour les personnes âgées se dirige vers des « soins intégrés », c'est-à-dire une coordination entre institutions de soins, services de soins à domicile, logements pour personnes âgées avec prestations de service etc. L'EMS est une prestation parmi un ensemble d'offres regroupées et coordonnées. Les dernières décennies ont vu une amélioration des soins ambulatoires et l'intensification du maintien à domicile des personnes dépendantes, grâce aux soins à domicile (pris en charge par la Lamal) et aux autres aides offertes par les proches-aidants - eux-mêmes soutenus suivant les cantons - ou financées par les prestations complémentaires.

Selon Camille-Angelo Aglione (2016) responsable adjoint du Domaine spécialisé personnes âgées de CURAVIVA Suisse, la réalité de l'accompagnement en EMS diffère entre la Suisse romande et la Suisse allemande, du fait d'une différence notable d'orientation stratégique en termes de soins de longue durée entre les cantons.

(...) « En Suisse romande, les politiques cantonales ont été marquées dès les années 2000 par ce qui a été qualifié de « **virage ambulatoire** ». Comprendre par cette formule la volonté de développer, sous l'impulsion et avec le soutien de l'Etat, des **soins à domicile** (...) ainsi que des **structures intermédiaires** (habitat protégé, courts séjours, foyers de jour...). Le rapport de l'Observatoire suisse de la santé 2016 démontre que plus de la moitié de ces structures intermédiaires sont gérées par des EMS. »

Selon Aglione, une conséquence de ce virage ambulatoire est que les résidents des EMS romands sont plus âgés et nécessitent plus de soins que leurs homologues des cantons alémaniques : « Dans la majorité des établissements romands, le pourcentage de personnes âgées qui requièrent peu ou pas de soins ne dépasse pas 3% alors qu'en Suisse allemande on atteint plutôt les 25 à 27%, ceci alors qu'on ne décèle pas de différences démographiques : « avec 16% de sa population âgée de 65 ans et plus, le canton de Zoug est tout à fait similaire au canton de Vaud par exemple (OFS, 2014). »

2.3.3 Le virage « entrepreneurial » : le « client » face à ses choix

Un deuxième virage « stratégique » a lieu en Suisse : L'EMS ne peut plus se contenter d'être un prestataire de soins, il s'agit de développer également une offre de prestations socioculturelle. Le vocabulaire prend des tournures entrepreneuriales, le terme de « client » remplace provisoirement celui de « résident » dans les écrits de CURAVIVA. Les institutions pour personnes âgées se considèrent comme des entreprises de services, décentralisées et orientées espace social, permettant aux personnes âgées de mener une vie autodéterminée dans un cadre qui leur convient : « L'institution de soins classique se mue en Centre de santé et en maison de quartier, dans le contexte de vie habituel de la personne âgée ».

L'animation socioculturelle devient une « offre à la carte » :

- Les CAT (centres d'accueil temporaire) dans le canton de Vaud, les Foyers de Jour en Valais... : accueillent les personnes âgées dépendantes et leur proposent un accompagnement socioculturel plusieurs jours par semaine, parfois quelques nuits, ce qui décharge les proches-aidants.
- On développe des structures d'habitat protégé (ou « adapté ») qui disposent au minimum d'un service de surveillance, souvent d'une offre socioculturelle (animation).
- En EMS, l'accompagnement socioculturel et les soins sont pensés « comme les deux faces d'une même pièce ». Le résident choisit les prestations dont il a besoin. Les passages entre les systèmes (ambulatoires et stationnaires) sont possibles.

Dans la publication « Modèle d'habitat et de soins 2030 », Curaviva prône un développement de l'EMS comme un « **pôle de compétences** destiné à permettre aux personnes âgées et dépendantes de mener une vie autonome dans l'environnement de leur choix ».

L'EMS de demain selon CURAVIVA

L'EMS de demain reposerait sur quatre piliers :

1. un « Centre de santé » regroupant l'ensemble des services (soins, repas, etc.) liés à ce domaine ;
2. des habitats 80+ (logements protégés où l'on peut recevoir autant de soins que nécessaire) ;
3. une maison de quartier (qui rassemble l'ensemble de l'offre socio-culturelle) ;
4. des institutions spécialisées (pour les situations palliatives, les soins de convalescence ou les situations de démence par exemple).

L'ensemble s'articule dans un quartier et prône une fluidité entre les modèles ambulatoires et stationnaires.

Ces virages forment un paysage devant lequel on peut se réjouir, cependant force est de constater que si tout le monde est bien d'accord sur la nécessité de changer de logique, et que tout est prêt pour une telle évolution, la pratique en institution n'a que peu évolué...

Selon Lambelet (2016), qui se base sur des études faites en EMS sur le canton de Vaud, « (...) le but consiste à sortir d'une logique asilaire où la vie collective est imposée et où les contraintes de l'organisation s'opposent aux choix de vie personnels des résident·e·s. Ni cette volonté ni la critique des EMS ne sont nouvelles. (...) Mais aujourd'hui, la volonté de changement est appuyée par des services de l'Etat (...) qui prescrivent des standards minimums de qualité dans l'accompagnement. On observe aussi l'émergence de nombreuses offres de formation spécifiques. En même temps, les systèmes d'action que sont les EMS changent peu. »

2.3.4 Crise COVID et crise de sens : le résident au centre

Les tensions interprofessionnelles ont été sensibles en Suisse durant cette dernière décennie au sein des EMS où il a été question d'introduire un service d'animation autonome et de renforcer les formes d'accompagnement plus global, moins médicalisé.

Si l'animation reste de la compétence des animateurs et les soins de celle du personnel infirmier, on peut dire aussi que **l'accompagnement du quotidien** des résidents est l'affaire de tous. Le personnel en soins participe dans ses interactions avec les résidents à les accompagner socialement ; le personnel d'animation participe dans l'organisation des activités et projets à l'amélioration de l'état de santé des résidents. Un décloisonnement des secteurs professionnels semble se dessiner lentement...

Crise sanitaire 2020 : le décloisonnement « boosté »

Nous émettons l'hypothèse que la crise sanitaire de cette année 2020 pourrait mettre le projecteur sur la complémentarité des interventions en animation et en soins et aider au décloisonnement des secteurs.

D'une part, sous la pression de la crise sanitaire, qui consistait plus à assurer la survie des résidents que leur vie sociale, leur sécurité que leurs besoins secondaires, tout le personnel a mis la main à la pâte en matière d'accompagnement, les animatrices ont aidé aux soins, les infirmiers ont aidé à l'animation individuelle. Le personnel constituait le seul lien des résidents avec le monde. Plus question de se départager les territoires professionnels, la

sécurité et le bien-être des résidents devenaient prioritaire. L'avenir nous le confirmera certainement : l'interprofessionnalité a grandi de cette crise vers une meilleure compréhension du sens du travail de chacun-e.

D'autre part, ayant pu observer l'impact négatif du premier confinement de printemps 2020 sur la santé psychique des résidents et le moral de leurs proches, dus notamment au manque de contacts directs, de relations sociales, les EMS valaisans en ont pris la mesure pour gérer la deuxième vague COVID-19 et gérer différemment le confinement d'automne, en considérant le maintien des relations comme faisant partie de l'urgence sanitaire (entretien Arnaud Schaller, Canal 9, 24 novembre 2020). Les résidents sont à nouveau au centre dans leur globalité, avec leurs besoins et ressources, et plus uniquement comme patients à protéger. L'accompagnement global prend ici tout son sens de manière concrète et mise en action.

Le « contour 2020 » de Curaviva : le résident au centre

La même année 2020, CURAVIVA Suisse change sensiblement de perspective – et de vocabulaire - par rapport à son projet de développement 2030 auquel on apporte des modifications essentielles. Ce changement peut être en lien avec la crise sanitaire. « Alors que la version I était encore fortement axée sur l'organisation, la version II est résolument **axée sur l'être humain** ». (...) « les besoins des personnes âgées doivent être pris en compte. A l'inverse, elles peuvent apporter quelque chose, avec leurs possibilités. » Les prestations sont fournies « dans le cadre d'une approche globale (corps, âme et esprit) ». Les institutions pour personnes âgées offrent « accompagnement et assistance plutôt que gestion de prestations de soins. »

Et éléments nouveaux certainement dus à l'expérience du confinement :

- elles s'appuient en complément des contacts humains sur des **technologies numériques...**
- elles favorisent la **coopération interprofessionnelle** : les différentes professions dans le domaine du social et de la santé doivent collaborer davantage et ont besoin pour cela d'une approche globale.

2.3.5 Le défi actuel de l'interprofessionnalité

Comme partout ailleurs, les résidents des EMS suisses arrivent plus tard, plus âgés, plus dépendants, et les 2/3 ont des pathologies psychiques (Alzheimer, démences séniles...) qui demandent un accompagnement individualisé, professionnel, permanent, plutôt basé sur du « care » (accompagnement du quotidien, hygiène, sécurité, sociabilité), que du « cure » (soins infirmiers à proprement parler). Ce qui modifie profondément le paysage professionnel des EMS et requestionne le sens, les missions et les méthodes de chaque secteur, soins, social et hôtelier.

Lambelet, Pichonnaz et Hugentobler (2017) ont étudié « les territoires de l'animation », sur 54 entretiens avec le personnel de deux EMS vaudois moyens (env. 90 lits), cherchant « comment les établissements et les personnes responsables de celle-ci donnent corps ou place à l'animation. ». Ils montrent notamment comment l'animation s'est adaptée à l'évolution mentionnée ci-dessus.

Le changement de paradigme vers des EMS « lieux de vie », avec tout ce que cela implique dans la réorganisation de l'établissement, quoiqu'attendu et souhaité par la plupart des partenaires et acteurs du champ de la personne âgée dépendante, ne se fait pas sans certaines tensions, qu'il s'agit d'anticiper et de poser sur la table au moment où l'on souhaite concevoir et mettre en pratique de nouveaux concepts.

Tensions au niveau des valeurs et des normes professionnelles

La même enquête a permis de préciser (Pichonnaz 2020) les désaccords au niveau des valeurs et principes des divers corps de métier en EMS.

« 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 ».

Etant donné que les tâches qui peuvent être effectuées par différentes catégories de personnel sont nombreuses, il existe une tension qui provient des normes et principes professionnels en concurrence : en particulier les principes d'autonomie, de dignité, de sécurité et d'hygiène, de bien-être du personnel.

Extrait Pichonnaz (2020), pp. 6-7

« (...) le personnel soignant et celui de l'intendance se rejoignent fréquemment en donnant la primauté au principe de gestion des risques (**sécurité**), 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. »

« 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 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 de « 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** ». (...) On peut attribuer ce phénomène (...) à la propension des professionnel.e.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, (...). »

Aussi, « (...) 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. »

Pour dépasser cette concurrence de principes et de normes, il faut un nouveau modèle institutionnel, basé sur une mission commune, et qui inclue une forme de « pluridisciplinarité » autour d'un objectif commun : le bien-être des résidents. Le changement organisationnel ne suffit pas : il risque d'envenimer les tensions : il faut d'abord **créer une adhésion à des principes communs**, une « culture institutionnelle », un accord de chacun.e sur les principes de base, le sens et les normes de l'institution.

Tensions au niveau de l'organisation du travail

Face aux nouveaux défis liés au contexte économique et sanitaire, et aux nouveaux besoins des résidents et de leurs proches, l'animation rejoint le secteur des soins sur son territoire élargi : elle se conçoit comme une partie intégrante de cet accompagnement global, et se réorganise au travers de nouvelles méthodes dont l'« animation individualisée » et les « projets d'animation personnalisés », qui répondent aux besoins sociaux, culturels, spirituels de chaque résident dans une approche également communautaire et collective. Communautaire car concertée entre les divers professionnels de la maison (santé, social, hôtelier) dans une conception de l'EMS comme lieu de vie ; collective car amenant les résidents à socialiser - s'ils le souhaitent (auto-détermination) - autour d'espaces, temps et activités communs, mais également avec l'extérieur de l'établissement (insertion sociale et citoyenneté).

Cette évolution vers un accompagnement global du résident, et l'arrivée des animatrices/teurs dans le « territoire professionnel » des soignants, notamment dans les étages et les espaces de vie, alors qu'auparavant l'animation se concentrait dans une salle à part ou dans les espaces collectifs, ne se fait cependant pas sans tensions.

Lambelet, Pichonnaz et Hugentobler (2017) émettent la thèse selon laquelle « les modalités d'accompagnement des résident-e-s restent largement subordonnées à des enjeux organisationnels ». Ces enjeux se détectent dans 3 dimensions de cette organisation :

1. le **cadre temporel** dans lequel les activités se déroulent. « C'est en effet l'organisation du travail des secteurs des soins et de l'hôtellerie qui structure le temps institutionnel » ;
2. les **espaces** réservés et interdits à l'animation ;
3. les **territoires professionnels** légitimes pour l'animation.

« La conception médicale des résident-e-s, celle qui les perçoit avant tout en termes de troubles et de déficiences, l'emporte le plus souvent. Cela se matérialise notamment par la participation des secteurs des soins et de l'animation à leurs réunions quotidiennes réciproques ».

Ainsi les animatrices-eurs participent aux colloques infirmiers, mais pas l'inverse. Les auteurs mentionnent également les tâches de zone grise (notamment l'aide au repas), les uniformes...

Extrait Lambelet, Pichonnaz et Hugentobler (2017), p. 109, conclusion.

« L'analyse indique en effet que les intérêts et les contraintes spécifiques aux autres secteurs (soins et hôtellerie) donnent aux **territoires temporels** de l'animation un caractère intercalé et lui imposent leur rythme. En ce qui concerne le **territoire spatial**, celui de l'animation tend à s'étendre aux « étages », en lien avec le renoncement partiel aux activités en grands groupes et pour toucher les « oubliés » de l'animation. S'immiscer ainsi en territoire (physique et de tâches) soignant, et donc remettre en cause une partie de la logique de ce secteur, ne se fait cependant pas sans heurts ni sans risques. Le personnel d'animation prend en effet celui de se voir déléguer des tâches soignantes ou réduit à décharger le secteur soignant de résident-e-s déviants, dans le but unique d'alléger le travail de celui-ci. Les équipes d'animation subissent alors une négation de leur expertise spécifique et donc un risque de déprofessionnalisation. »

Pour dépasser ces tensions, il faut donc **modifier l'organisation du travail** dans l'EMS, et mettre à profit au maximum **les compétences** humaines et professionnelles de l'ensemble du personnel de l'établissement. Une stratégie organisationnelle consiste à passer progressivement d'un modèle de prise en charge de type hospitalier, organisé « en silo »

(secteurs séparés, chaque secteur (dont l'animation) prenant en charge une partie des besoins du résident, qui se retrouve « tiraillé » entre les secteurs au niveau des espaces et des temps de vie) à un modèle d'accompagnement global de type « lieu de vie », organisé de manière plus « holistique » (secteurs interdépendants, coordonnés autour de l'ensemble des besoins et désirs du résident).

2.3.6 Les enjeux du financement de l'animation en EMS

La LAMal fait la distinction entre soins et accompagnement : les prestations de soins sont financées par trois partenaires – assureurs maladie, collectivités publiques et résidents, alors que les prestations d'accompagnement (social et hôtelier) incombent uniquement aux résidents. Le coût de pension est contrôlé par les cantons, il est assuré par les pensionnaires ou les prestations complémentaires. Or cette répartition est difficilement compréhensible. La personne âgée ne peut être « divisée » en deux dimensions, le « corps malade » et tous les autres besoins.

Les modes de financement de la LAMal se font sur base du système BESA, qui définit les soins infirmiers nécessaires en fonction des pathologies des résidents. Ce système est donc exclusivement « hospitalier ».

Les soignant-e-s en EMS défendent une conception de la santé plus large, consistant à répondre à des besoins à la fois biologiques, psychologiques et sociaux : la notion d'accompagnement global prend le pas sur celle de prestation en soins, et le système BESA finance peu à peu des prestations de « soin » dédiées à des tâches d'accompagnement plus variées qui auraient jusqu'ici été classés dans les tâches des services socio-hôtelières.

Cette évolution ne se fait pas non plus sans heurts. Elle influe sur la répartition des rôles et fonctions dans les équipes de santé et d'animation. Chaque directrice-directeur d'institution va chercher une formule permettant de remplir les missions d'animation à moindre coût, c'est-à-dire dans une sorte de quadrature du cercle : « faire plus avec moins », donc sans modifier le coût de pension, en utilisant au mieux les possibilités offertes par le système BESA et les autres sources de financement (comme en Valais celle non négligeable de la Loterie Romande).

Pour CURAVIVA Suisse (2016), le système de financement doit se baser sur une approche holistique de l'être humain, qui donne la priorité aux besoins des résidents. L'association demande un financement global, simplifié, basé sur l'idée de réunir et non de séparer. Le financement de l'ensemble des prestations doit être assuré de la même façon. Elle souhaite une approche également uniforme pour l'attribution des prestations complémentaires.

2.4 L'animation en EMS en Valais romand

L'animation socioculturelle en EMS en Valais suit la même évolution que dans les cantons romands, avec quelque retard sur les cantons de Vaud et de Genève.

La professionnalisation de l'animation a commencé par l'engagement salarié de personnes à charge d'organiser un programme d'activités et de gérer les bénévoles. Ces personnes étaient soit issues du personnel soignant, soit au bénéfice d'une formation courte de type Croix Rouge. Le développement de l'animation en EMS s'est fait d'abord grâce à ces personnes qui ont œuvré en pionnières à renforcer l'animation dans les EMS valaisans, malgré le manque de ressources dévolues à l'accompagnement social au départ.

L'appui des formations professionnelles en Valais

Une forte présence de la formation professionnelle des animatrices et animateurs en Valais a favorisé le développement de l'accompagnement socioculturel dans les EMS de notre canton ces deux dernières décennies. Les professionnels qui en sortent amènent leurs

compétences et créativité dans les équipes actuelles, et des expériences novatrices se mettent peu à peu en place grâce à la reconnaissance de l'animation comme métier.

Le paysage de la formation professionnelle en animation évolue : nous formons notamment en Bas-Valais des animatrices et animateurs de niveau CFC à Châteauneuf (ASE : assistants socio-éducatifs), et des animatrices et animateurs socioculturels de niveau HES à la HES-SO de Sierre (Bachelor of Arts en Travail Social, orientation animation socioculturelle). La HES-SO de Sierre ouvre en outre dès l'automne 2021 un CAS (Certificate of Applied Studies) en animation de personnes âgées, comprenant un module spécifique d'animation en EMS (« Actions sociales et culturelles auprès de la personne âgée en institution »), ce CAS sera ouvert pour un quota de 40% à des animatrices-animateurs sans Bachelor.

Les équipes actuelles d'animation dans le Valais romand sont dirigées soit par des infirmières qui défendent une forme d'accompagnement global des résidents, soit par des animatrice-animateurs ASE. Plus récemment, quelques EMS ont engagé des animatrices-animateurs HES.

Soutien politique

Le Valais n'a pas encore de politique sociale spécifique aux seniors. Le Département de la Santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC) a nommé trois commissions consultatives successives depuis 2012 pour travailler sur une politique des seniors « actifs ». Les seniors dépendants dépendent dès lors de la politique de santé.

Les deux dernières commissions consultatives ont néanmoins inclus dans leurs rapports (2017 ; 2020) des propositions concrètes quant à la vie sociale et culturelle des seniors dépendants dans les EMS.

Extrait du rapport de la Commission 2018-2021, « Bases légales et modifications réglementaires, rapport thématique n°4, février 2020 » pp. 8-11

« (Le rapport 2017) proposait les mesures suivantes, auxquelles la Commission adhère également :

1. Promouvoir dans chaque EMS ou structure correspondante la qualité de vie et la participation citoyenne des seniors résidents.es, s'assurer d'un contrôle qualité de ces structures médico-sociales avec des critères santé, mais également sociaux, juridiques, culturels.

2. Assurer une dotation minimale en personnel formé, aussi bien en santé que dans le domaine du social, en fonction du nombre de résidents et de leur pathologie. Un équilibre doit être trouvé entre les formations HES et le personnel moins qualifié, pas uniquement défini en termes d'économies.

3. Dans chaque EMS ou structure d'accueil des seniors dépendants, favoriser la création d'un service d'animation, indépendant des soins ou du service hôtelier, avec cette vision d'ouverture sociale et culturelle à promouvoir, dans l'objectif d'une qualité de vie sociale et d'un enrichissement des liens.

La Commission a travaillé à l'élaboration de pistes concrètes afin d'assurer l'applicabilité de ces mesures aux établissements valaisans. Dans ce sens, elle propose :

-un **complément aux Directives** du DSSC concernant l'autorisation d'exploiter un EMS, décrit ci-dessous

-l'adaptation de la surveillance des EMS à ces directives.

(...) Pour ce faire, un **concept devrait être établi en collaboration avec les divers acteurs concernés** afin de préciser les mesures à prendre sur la base des propositions de la Commission ci-après, ainsi que les tâches et responsabilités respectives des divers partenaires (institutions, canton, communes).

En outre plusieurs postulats ont été déposés et acceptés très récemment (3 postulats à la session de septembre) au niveau du Parlement, qui vont dans le sens d'un accompagnement professionnel dans les EMS (notamment en lien avec la dotation et la qualification du personnel des EMS). Il y a donc une conscience politique et un appel de la population au travers des députés pour appuyer l'évolution des EMS valaisans comme lieux de vie.

Soutien associatif

L'AVALEMS soutient l'évolution de l'animation socioculturelle dans les EMS par sa Commission Accompagnement Socioculturel, formée en 2019.

VIVA ANIMA est une association valaisanne des professionnel-le-s de l'animation qui regroupe les animatrices et animateurs formés ASE ou HES, et travaille à la reconnaissance des métiers de l'animation dans les institutions valaisannes. L'association offre en outre des formations ciblées, anime des réflexions sur l'accompagnement des seniors en EMS, veille à l'élargissement du réseau des animatrices et animateurs en EMS.

2.5 Les concepts d'accompagnement social dans les EMS valaisans

Les EMS valaisans ont pour la plupart développé un concept d'animation, rédigé par le-la responsable de l'animation ou l'infirmière-cheffe responsable du service. Nous en avons analysé 8, rédigés entre 2016 et 2019. Tous défendent la perception de l'EMS comme lieu de vie et considèrent l'animation comme « l'affaire de tous ».

L'état d'esprit par rapport aux professionnels se veut convivial, dans la moitié des concepts il est question d'interdisciplinarité, de décloisonnement, de transversalité, d'implication de tout le personnel. En filigrane revient le lien étroit entre soins et animation : avec l'idée d' « intégrer les soins dans l'animation et l'animation dans les soins. »

L'intégration des résidents comme acteurs, citoyens, leur auto-détermination et la participation aux décisions, leur rôle social, etc.... sont mentionnés 3 fois. Le lien avec les familles et l'extérieur 2 fois.

Deux missions du service d'animation prédominent :

- L'organisation d'un programme d'activités de loisirs adaptés, essentiellement basé sur les besoins individuels
- L'implication de l'animation dans la vie sociale au quotidien

Au niveau des méthodes, tous mentionnent dans des termes divers un projet d'accompagnement individualisé (projet de vie individuel, PAP = projet d'accompagnement personnalisé ; etc...), et 3 concepts mentionnent un accompagnement sur 3 axes (individuel, collectif, institutionnel ou environnemental). 2 EMS se sont inspirés des Humanitudes pour construire leur concept.

Comment ces éléments se vivent sur le terrain ? nos visites sur site, nos contacts avec les animatrices d'EMS bas-valaisans et les focus group organisés dans le cadre de cette enquête nous permettent d'affirmer que ces concepts, bien que défendus par les équipes d'animation, sont encore difficilement appliqués, notamment en raison d'une dotation trop

faible en personnel, d'un manque de ressources financières et plus récemment du changement de priorités dû à la crise sanitaire.

Cette différence entre les principes et valeurs et les réalités produisent une frustration et une certaine fatigue chez les animatrices-teurs, mais également une forme de mobilisation porteuse de changement et d'innovations originales au niveau des institutions elles-mêmes.

3 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EN EMS D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN VU PAR LES ACTEURS AU SEIN DE L'AVALEMS

3.1 Diagnostic participatif

À notre sens, le concept d'accompagnement ne peut se développer sans la participation des principaux protagonistes œuvrant sur le terrain. En effet, après avoir pris connaissance des documents présentant les différentes lignes directrices des secteurs animation (cf. 2.5), il nous est paru essentiel d'aller à la rencontre des responsables de ces secteurs ainsi que des directeurs-trices afin d'appréhender le contexte valaisan. Dans cette idée, le diagnostic participatif a pour but d'ancrer le concept d'accompagnement dans la réalité de terrain avec la collaboration de ses acteurs-trices. Cette méthode nous a permis d'apprendre davantage de l'histoire institutionnelle et de tenir compte des particularités de chaque établissement dans son contexte local.

Bien que les intentions soient exprimées et les lignes directrices définies, la nature des impulsions diffère selon les institutions, car toutes n'ont pas la même histoire. De fait, l'accompagnement se développe également en fonction des spécificités de chaque EMS et des acteurs qui le façonnent au fil du temps.

Les outils propres au diagnostic participatif offrent l'opportunité d'analyser les expériences innovantes du terrain en proposant un espace d'échange et de discussion avec les participants.es. De cette manière, nous avons pu repérer les obstacles au développement d'un concept d'accompagnement ainsi que les pratiques innovantes desquelles nous pouvons nous inspirer afin de le nourrir.

Notre recherche sur les établissements des autres cantons et pays ont balisé nos réflexions et nous avons souhaité creuser sur les pratiques cantonales dans les 5 domaines suivants qui nous paraissaient créer des tensions et nécessiter le débat :

- La faisabilité organisationnelle
- La faisabilité économique
- La gestion des ressources humaines
- L'évolution des méthodes et des priorités
- L'évolution des besoins et des ressources des résidents.es et des familles.

Afin d'initier la réflexion collective autour de ces questions, nous avons choisi des outils méthodologiques de l'animation socioculturelle, et avons mis en place des ateliers participatifs permettant aux acteurs-actrices d'exprimer leur point de vue selon leur réalité.

Les apports riches d'expériences des participant-e-s aux ateliers nous ont permis d'étayer le concept proposé dans le chapitre 4 grâce à la confrontation des idées et des pratiques des professionnels valaisans par rapport aux expériences vécues. De cette manière, il a été possible de repérer les différences, les divergences, et les points d'accord sur lesquels baser un concept commun et définir les variantes « viables » à terme, compte tenu du contexte local et historique.

3.2 Focus group avec les responsables des secteurs d'animation de l'AVALEMS

Avec l'objectif de construire ensemble un concept d'accompagnement / animation pour les EMS valaisans, nous avons choisi de questionner les responsables des secteurs d'animation sur l'organisation de leur service, la gestion des ressources humaines, l'organisation de la vie quotidienne, le cahier des charges du/de la responsable du service d'animation et, pour terminer, les méthodes et les expériences concrètes d'accompagnement. De plus, compte-tenu du contexte de crise sanitaire dans lequel notre démarche s'est déroulée, nous avons proposé un espace d'expression libre afin de recueillir les expériences en lien avec les bouleversements causés par le Covid-19. Ces questionnements étaient présentés sous la forme de postes-ateliers permettant les échanges et les discussions, puis de compléter les réflexions de manière individuelle tout au long de la matinée. De cette manière, nous avons pu récolter le point de vue de chacune des 17 responsables des secteurs d'animation présentes.

Préalablement au mandat qui nous a été confié, un travail de réflexion conséquent a été amorcé dans les établissements ainsi qu'au sein de la Commission Animation de l'AVALEMS à propos des valeurs, des principes et des types d'accompagnement adaptés à la personne âgée, fondements essentiels à l'élaboration et la mise en place du concept à moyen et long terme.

C'est en se basant sur les postulats déjà établis ainsi que sur notre recherche documentaire que nous avons pu formuler notre hypothèse principale :

Bien que les acteurs-trices de l'accompagnement s'accordent sur les postulats de base, leur mise en application au sein des établissements se voit freinée et dépend de différents éléments de contexte vécus différemment dans chaque EMS.

Nous avons donc repris les éléments qui posent problème dans la mise en place concrète du modèle d'accompagnement souhaité, pour concevoir les ateliers nécessaires à la réalisation du diagnostic participatif. Nous avons ainsi recueilli les opportunités et obstacles issus de la réalité des acteurs-trices de terrain, essentiels au développement et à la mise en place du concept d'accompagnement socioculturel. Le rapport complet de cet atelier se trouve en annexe.

- **Atelier 1 : « Organigramme : la place de l'animation / accompagnement dans l'établissement »**

« Dans les EMS, l'animation ne se définit pas de manière autonome, mais au regard du **système d'action** dans lequel elle prend place. (...) Si tous les professionnel·le·s œuvrent au nom de l'intérêt général qu'est la qualité de vie des résident·e·s, ils et elles voient tous l'intérêt des personnes âgées à l'aune de leur propre activité. Dans ces discussions et négociations, les professionnels de l'animation peinent encore à se faire entendre. » Lambelet (2016)

Hypothèse : *L'organisation institutionnelle, en particulier les modalités de collaboration entre les secteurs et les modes décisionnels, impactent l'accompagnement, notamment celui réalisé par le service d'animation.*

Méthode : Nous nous sommes basées sur des expériences d'EMS qui ont un recul de plus de 5 ans dans l'application de leur modèle institutionnel, et sur les résultats d'enquêtes scientifiques sur l'accompagnement en EMS (notamment Pichonnaz 2020), pour réaliser trois schémas d'organisation institutionnelle possibles et avons proposé aux participantes de discuter des avantages et inconvénients de chacun de ces modèles.

Résultat : Les schémas illustrent des types de structures que l'on retrouve en Suisse romande notamment. Force est de constater que les participantes ne se sont pas prononcées en faveur d'un modèle en particulier et que les différentes possibilités d'organisation ont visiblement fait écho à leur réalité de terrain, leur permettant ainsi de se projeter dans les modèles présentés.

Dans cette dynamique, l'atelier a donné lieu à de riches échanges mettant en lumière les forces et les obstacles des modalités de collaboration entre les secteurs et les modes décisionnels. De cette manière, les responsables des secteurs d'animation ont pu partager leur vision sur la manière dont leur accompagnement en est impacté.

Nous noterons les priorités organisationnelles suivantes pour les participantes :

- Placer le résident au centre
- Donner de la place aux familles dans les décisions
- L'animation doit rester indépendante des soins
- Prévoir la collaboration interservices

• **Atelier 2 : « La composition de l'équipe d'accompagnement / animation »**

Hypothèse : Une optimisation des compétences des différent-e-s professionnel-le-s de l'animation est nécessaire aujourd'hui au développement d'un concept d'animation socioculturelle adapté aux besoins des personnes âgées et de l'institution. Au niveau des ressources humaines, il s'agit de vérifier s'il manque du personnel d'animation (dotation EPT) et si le personnel actuel est suffisamment formé pour assurer la gestion du service d'animation et la réalisation de l'accompagnement socioculturel.

Méthode : Au moyen d'un tableau à compléter, les responsables des secteurs d'animation ont présenté la composition actuelle de leur équipe, une projection réaliste dans trois ans ainsi qu'une projection davantage utopique dans 10 ans, tout en proposant les stratégies possibles pour les atteindre.

Résultat :

La projection pour le futur :

- Augmentation progressive du personnel d'animation : d'environ 4 EPT actuellement pour 100 lits à 6 à 8 EPT pour 100 lits.
- Plus de personnel à des temps partiels.
- Dotation minimale comme pour les soins.
- Engagement d'un-e animateur-trice de formation HES à temps partiel ou plein pour la responsabilité du secteur.
- Augmentation du nombre d'apprentis ASE et ASE formé-e-s.

En outre, les participantes sont partagées sur l'augmentation du nombre de bénévoles et civilistes car cela nécessite un suivi chronophage.

Elles souhaitent œuvrer à la reconnaissance (des compétences, des salaires) des niveaux CFC et HES auprès des directions elles-mêmes

Elles préconisent des formations continues en particulier pour les responsables de services le plus souvent ASE.

- **Atelier 3 : « Quels espaces et quels temps pour une vie quotidienne de qualité ? »**

Selon Lambelet « (2016), l'organisation actuelle des espaces et des temps d'animation se fait dans une logique conflictuelle entre les secteurs professionnels :

Espaces

« Les EMS ont été le plus souvent construits il y a plusieurs décennies. Leur architecture renvoie à une conception particulière de l'animation, qui a son lieu propre (la salle d'animation) et qui est collective. (...) En même temps, les espaces restent des enjeux de lutte entre professionnel-le-s. La mise en place d'activités dans les étages et les unités, très valorisée par les équipes d'animation, peut connaître des résistances de la part des autres professionnel-le-s. »

Temps

« En termes de temporalité, les activités des équipes d'animation sont le plus souvent intercalées entre les soins et les repas (et s'inscrivent) dans ce rythme institutionnel ou industriel. L'animation s'insère dans ces « entre-deux ».

D'autre part, si un consensus semble présent sur « la pertinence d'animations non seulement la semaine et en journée, mais peut-être également le soir et le week-end », ce changement « questionne autant le rythme industriel de ces institutions, que la place ou le rôle des familles. (...) La question d'animations le week-end est moins débattue au regard de leur pertinence pour les résident-e-s qu'en lien avec les équilibres interprofessionnels. »

Hypothèse : *Les espaces et les temps dédiés à l'animation traduisent un cloisonnement de l'accompagnement qui péjore la qualité de la vie quotidienne.*

Méthode : Sur une grille géante, les participantes ont présenté l'organisation d'une journée idéale du-de la résident-e, en définissant pour chaque heure : le type d'activité, dans quel espace celle-ci se déroule et avec qui (professionnels des divers secteurs, bénévoles, famille, etc.) elle se réalise.

Résultat : La grille remplie par les participantes confirme les propos de Lambelet : les activités se déroulent dans des espaces réservés à « l'animation », durant des moments vides de soins ou de nutrition. Certaines participantes ont partagé les réflexions qui ont eu lieu dans leur établissement ainsi que les récentes expériences quant à leur mise en place. À noter que l'exercice s'est révélé difficile dans l'articulation entre le contexte actuel (Covid) et une projection « idéale » dans la mesure où cet atelier a d'abord été l'opportunité pour les participantes (qui ne se rencontrent que rarement), de partager leurs difficultés et les manques dans leur réalité de terrain.

Les participantes ont proposé des alternatives d'aménagement spatio-temporel qui supposent plus de collaboration entre les secteurs. Notamment des horaires « à la carte » pour le lever, le coucher, les repas ; et la participation des animateurs-trices sur les temps des repas, avec des animations jusqu'à 22h00.

- **Atelier 4 : « Co-construire un cahier des charges du-de la responsable du service d'animation »**

Hypothèse : Les missions de l'animation socioculturelle telles que définies dans les chartes actuelles en lien avec les nouveaux paradigmes de l'accompagnement social en EMS, nécessitent des compétences particulières au niveau de la direction

du service d'animation. Un cahier des charges précis du responsable du secteur animation permet de définir le profil idéal et les formations complémentaires nécessaires pour un responsable de service. L'avis des responsables actuelles est central pour construire un tel cahier des charges.

Méthode : Sur une longue nappe et au moyen de post-it, les participantes ont développé les principaux items qui composent le cahier des charges du-de la responsable du service d'animation à partir des missions du service.

Résultat : En partant de leur expérience et leurs compétences, les participantes ont défini les fonctions et les tâches du-de la responsable du service d'animation. Il est à relever que les différences parmi les profils des responsables-participantes se sont révélées davantage comme un atout pour cet atelier. En effet, l'accent a été porté avec bienveillance et authenticité, sur les responsabilités du poste en question et non sur les niveaux de formation et leurs compétences propres. Cela étant, les participantes s'accordent à dire que la formation des équipes et leur gestion sont directement liées à la place du secteur dans l'institution, à la connaissance des compétences-métiers et des formations par les responsables de l'engagement du personnel ainsi qu'au financement des salaires lié au coût de pension. Dans ce sens, l'inadéquation entre les responsabilités et les profils peut être un risque d'épuisement. Les participantes souhaitent voir leur salaire (et donc celui des responsables de l'animation en général) valorisé en fonction de leur niveau de formation et de compétences.

- **Atelier 5 : « Bourse d'échanges des méthodes novatrices, des expériences concrètes »**

Hypothèse : Dans les autres cantons, certains EMS se sont inspirés de méthodes issues des soins (Humanitudes, Montessori...) ou du social (l'Animation socioculturelle) pour intégrer la forme d'accompagnement social souhaitée au sein de l'institution. En Valais, les services d'animation commencent à le faire également.

Méthode : Sur un panneau où figuraient des exemples de méthodes d'accompagnement, chacune pouvait ajouter celles connues et/ou pratiquées en mentionnant les points forts et faibles, et partager ses expériences concrètes, ses outils ou encore ses activités fétiches.

Résultat : Les participantes se sont exprimées sur différentes méthodes et expériences d'accompagnement, faisant apparaître les questions liées à la structure organisationnelle, à la collaboration interprofessionnelle ainsi que la considération du résident et le rôle de la famille, en termes de réalisation.

L'idée qui ressort quant à l'application d'une méthode ou d'une autre, c'est l'importance de l'implication de l'ensemble des acteurs de l'EMS ; c'est le cas pour les méthodes issues des soins, qui forment tout le personnel d'une institution. Un bémol pourtant : ce type d'investissement de toute la structure est difficilement réalisable dans les grands EMS.

Les participantes s'accordent pour dire que l'animation en EMS prend le chemin d'une animation en petits groupes autour d'une animation individualisée. La période COVID a permis un rapprochement et une autre forme d'accompagnement « relationnel », qui complète l'animation basée sur l'organisation d'activités de groupes.

- **Atelier 6 : « Corona-café : Les leçons de la crise Covid »**

Hypothèse : La situation de crise ainsi que les mesures pour endiguer la pandémie ont mis en lumière tant des opportunités que des limites dans l'accompagnement des personnes âgées vivant en EMS.

Méthode : Entre deux ateliers, au détour d'un café, chacune des participantes pouvait écrire librement sur un grand tableau blanc, et partager avec une certaine prise de recul sur cette crise sanitaire, les apprentissages pour l'accompagnement de demain.

Résultat : Au lendemain de la première vague qui a fortement bouleversé les professionnel-le-s des EMS, les responsables des secteurs d'animation ont exprimé les points les plus prégnants vécus durant cette phase de la crise. Les points forts vus comme opportunités pour l'accompagnement, se situent principalement au niveau des **relations interprofessionnelles ainsi qu'avec les résidents et leur famille** : le respect et la solidarité sont venus renforcer les collaborations avec une meilleure compréhension entre les secteurs ainsi qu'une reconnaissance du travail de chacun ; les liens avec les résidents se sont consolidés apportant de meilleures connaissances sur leur histoire et leur famille, permettant ainsi d'adapter l'accompagnement.

L'animation est devenue davantage individuelle durant cette période de crise et amène une nouvelle forme d'« accompagnement relationnel », réalisé par l'ensemble des intervenants qui ont accès aux résidents. L'animation individuelle complète l'animation basée sur l'organisation d'activités de groupes.

Si ces éléments ont permis de mettre en évidence l'importance de l'accompagnement par les secteurs d'animation, leurs responsables relèvent un **manque de personnel** qui limite leur intervention et engendre différentes frustrations.

Selon les participantes, ces conditions critiques ont conduit à l'oubli du positionnement des résidents et de leur famille. Aujourd'hui se pose la question du pouvoir décisionnel ainsi que de l'exercice du droit à la parole. Avec un certain recul, les participantes se questionnent sur ce que le secteur de l'animation peut mettre en place, concrètement, pour **favoriser l'auto-détermination** et la participation active des résidents et des familles dans l'organisation et la vie en EMS. Les méthodes et outils qui permettent cette mise en œuvre relèvent des compétences spécifiques du métier d'ASC de niveau HES.

3.3 Focus group avec les directrices-directeurs d'EMS de l'AVALEMS

Si les responsables des services d'animation connaissent le milieu de l'animation et sont vraiment à l'aise sur les sujets concernant la gestion de leur service, les principes et missions de l'animation, les méthodes etc..., elles ne sont pas forcément conscientes des enjeux politiques, économiques et organisationnels de leur institution. C'est donc tout naturellement que nous nous sommes tournées vers les directrices-trices d'institutions afin de compléter notre enquête de terrain.

Nous avons fait une première rencontre avec elles-eux le 9 septembre, afin de leur présenter notre mandat, l'état de nos recherches et nos résultats provisoires suite au premier focus group avec les responsables de services d'animation. Nous en avons profité pour vérifier les questions qu'ils-elles se sentaient à même de traiter et leur avons proposé de participer à un focus group pour retravailler les hypothèses depuis leur point de vue de directrices-directeurs.

Nous avons alors organisé un 2^e focus group le 7 octobre, qui s'est déroulé comme le premier, sur une demi-journée, avec 1 directrice et 3 directeurs d'EMS, à partir d'ateliers ciblés permettant discussions et débats sur les opportunités et obstacles au développement des services d'animation dans leur EMS. Le rapport de synthèse de ces ateliers se trouve en annexe.

- **Atelier 1 : Fonctions et tâches / Profils**

Hypothèse : Les directeurs-trices ont peut-être une certaine méconnaissance du métier de l'animation socioculturelle et des compétences qui lui sont propres, cependant, il est important qu'ils avalisent les missions, les fonctions ainsi que les rôles des acteurs-trices du secteur de l'animation.

Méthode : Partant des éléments mis en place et recueillis dans le premier focus group, nous avons proposé au directeurs-trices de les modifier, compléter et les commenter afin d'en tirer leur propre conclusion.

Nous sommes parties des missions du secteur d'animation socioculturelle que nous avons regroupées suite à nos études des documents, chartes et concepts d'EMS dans les autres pays et cantons. Nous les avons déclinées en tâches avec les responsables de secteurs. Le document de base a été mis à disposition pour corrections et compléments du focus group.

Résultat : Un seul point a été ajouté par les directeurs-trices, qui ont manifestement approuvé les fonctions définies par les responsables de secteurs d'animation. De plus, concernant les profils adéquats, les directeurs-trices s'accordent à attribuer les tâches décrites comme celles de « monitoring » (sous ce terme nous entendons coordination et gestion d'équipe) à des professionnel-le-s de niveau HES, et parfois également en binôme avec des professionnel-le-s de niveau CFC.

Les résultats du travail des deux focus group sur ce document de base a été repris tel quel et introduit dans le canevas de « Cahier des charges du responsable du service de l'animation socioculturel » de l'AVALEMS, qui se trouve en annexe.

- **Atelier 2 : « L'équipe idéale » (horizon 2025)**

Hypothèse : Ayant la responsabilité de l'engagement du personnel, les directeurs-trices sont néanmoins peu au fait de l'organisation interne d'un service d'animation. Cependant, ils-elles ont une vision de la réalité économique de l'engagement du personnel de l'accompagnement social ainsi que des implications sur le budget et le coût de pension.

Méthode : À partir de la liste exhaustive des formations existantes actuellement en Valais en termes d'animation socioculturelle et d'accompagnement, nous avons proposé aux directeurs-trices de composer une équipe « idéale » selon leurs critères de gestion économique et de des ressources humaines.

Résultat : Actuellement, très peu d'EMS ont à la tête de leur service d'animation une personne formée à la gestion d'équipe ou de projets (niveau HES). Or, les directeurs-trices présent-e-s sont d'accord pour dire qu'employer un tel professionnel a un coût, mais c'est aussi un investissement car il-elle décharge la direction de bien des tâches de gestion, de coordination, de communication interne et publique.

Il y a actuellement une grande proportion de personnel peu ou pas formé, coordonné par un nombre souvent insuffisant de professionnel-le-s avec CFC.

L'équipe idéale pour remplir les missions d'un service d'animation de qualité serait conformée selon les directeurs-trices présent-e-s :

- 6 EPT (équivalents plein-temps) pour un EMS de 100 lits
- Répartition : 1 EPT : HES + 2 EPT : CFC ASE + 3 EPT : AFP

L'équipe comprend en plus une proportion non négligeable de personnel en formation et de civilistes.

• **Atelier 3 : Faisabilité économique**

Hypothèse : L'argument économique constitue l'un des principaux freins au développement d'un accompagnement socioculturel dans les EMS. Cependant, il existe des possibilités de financement et/ou d'économie permettant de constituer le budget du secteur de l'animation.

Méthode : Nous avons souhaité vérifier auprès des directeurs-trices comment elles dépassent aujourd'hui, cet obstacle, en leur proposant un échange sous la forme d'un brainstorming, leur permettant ainsi de partager leurs idées à partir de deux questions principales : celle des sources potentielles ou avérées de financement et celle des économies possibles.

Résultat : Les directrices-teurs présents cherchent à faire évoluer le service d'animation sans augmenter le coût de pension. Le surcoût financier pour une offre en accompagnement social de qualité a été calculé à environ +7.- / jour / résident.

Les principales stratégies économiques suggérées sont :

- Une gestion interne autour des financements possibles par le système BESA en termes d'accompagnement social
- Des démarches auprès des institutions et fondations subventionnées avec une mission de travail social et/ou culturel incluant la personne âgée (Pro Senectute, Fovahm, ...)
- Des démarches auprès des dicastères socioculturels de la commune (subventions ; diminution de factures ; ressources logistiques ou autres...)
- Des recherches de fonds pour des projets d'animation, faites par les services d'animation même (possible si un-e employé-e est ASC de niveau HES)
- Des économies sur les factures, et notamment sur les achats (par ex. grâce à une coordination inter EMS – centrale d'achats)

• **Atelier 4 : Faisabilité organisationnelle**

Hypothèse : Selon les postulats de base ainsi que les missions du secteur d'animation souhaité, il est possible de définir des modalités d'organisation compatibles, qui régissent les relations entre les professions ainsi que le modèle décisionnel pour un EMS organisé comme lieu de vie.

Méthode : Afin de permettre aux directeurs-trices d'échanger sur les modèles organisationnels qu'ils appliquent dans leur établissement et de critiquer ceux que nous avons proposés dans le premier focus group, nous avons présenté les trois schémas déjà analysés par les responsables de service avec les remarques de celles-ci. Il s'agissait pour les directeurs-trices, de commenter chaque modèle par rapport à la faisabilité, les avantages et les inconvénients en partant de l'avis de leur responsable le service. Ceci afin de préciser ce qui est envisageable ou pas au niveau des directions elles-mêmes en matière d'organisation.

Résultat : Les directeurs reconnaissent l'importance de la mise en place d'une solide coordination entre les secteurs et l'intérêt de les décloisonner dans une vision globale d'accompagnement.

Le modèle holistique, pourtant plutôt plébiscité par les responsables des secteurs d'animation, n'a pas été retenu comme possible par les directeurs-trices.

En revanche, le modèle « en silo » et celui de « co-gestion » ont été analysés et comparés à leur pratique. Tous deux leur paraissent adéquats et réalisables : le choix du modèle incomberait à chaque directeur, selon la taille et la réalité de son EMS, son propre profil managérial, et la situation contextuelle. La différence entre les deux modèles est surtout dans la place donnée aux résidents et familles dans les décisions les concernant : le modèle de co-gestion considère le résident comme habitant et acteur décisionnel ; le modèle en silo considère le résident comme client et bénéficiaire.

Dans une période de crise sanitaire, le management institutionnel a besoin d'un système décisionnel rapide. La co-gestion est plus délicate.

Une suggestion faite sur les schémas : le secteur administratif, ainsi que les services de sécurité et d'hygiène, sont plutôt à dessiner comme des supports aux professionnels de l'accompagnement.

- **Atelier 5 : Système qualité**

Hypothèse : Pour mettre en place un nouveau modèle d'accompagnement à l'intérieur d'une institution, il est nécessaire de se doter d'un système qualité adapté. Or actuellement, les directeurs-trices des EMS utilisent déjà plusieurs systèmes qualité dans lesquels se trouvent des items d'animation. Il était question de savoir quel système qualité idéal les directeurs-trices souhaitent pour accompagner ce changement.

Méthode : Nous avons repris les éléments de Qualivista qui concernent l'animation pour les soumettre à l'analyse des directeurs-trices.

- **Résultat :** Pour les directeurs-trices présent-e-s, un nouveau système qualité n'est pas nécessaire. De leur point de vue, Qualivista est une base définissant les lignes directrices pour le concept d'animation et permet de se situer, au même titre que le cahier des charges et les stratégies de l'institution. Bien qu'un système qualité permette un certain contrôle, ils-elles reconnaissent que les critères sont souvent en opposition avec la réalité des terrains. De plus, ils-elles relèvent l'intérêt d'effectuer l'évaluation des critères par des expert-e-s des divers domaines (santé/ social/ etc.), ce qui n'est pas le cas actuellement. Ainsi, les directeurs-trices présent-e-s pencheraient plutôt vers un contrôle qualité séparé et spécifique pour le secteur de l'animation, correspondant au concept d'animation, et qui serait un outil-support à la gestion du secteur d'animation.

4 CONCEPT AVALEMS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIOCULTUREL EN EMS

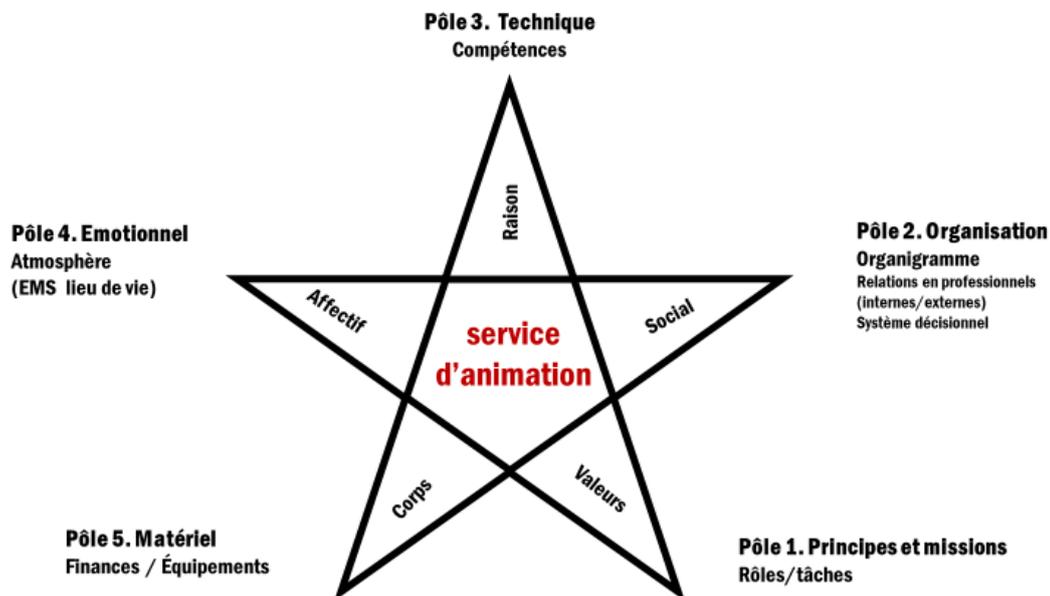
Ce concept est dédié aux directrices et directeurs et aux responsables des services d'animation des EMS valaisans.

Il se veut à la fois pratique, basé sur des éléments concrets, mais aussi souple et adaptatif, puisque la réalité n'est pas la même dans chaque EMS, selon le nombre de lits, le type de résidents, l'histoire de l'institution, le contexte sanitaire actuel, le type de management, les soutiens communaux, etc...

Il constitue un outil de gestion pour la mise en place d'un service d'animation socioculturel et son insertion dans un projet d'accompagnement global qui favorise le décloisonnement des professions. Il fixe les conditions d'existence d'un tel service, et les opportunités de réalisation de ses missions.

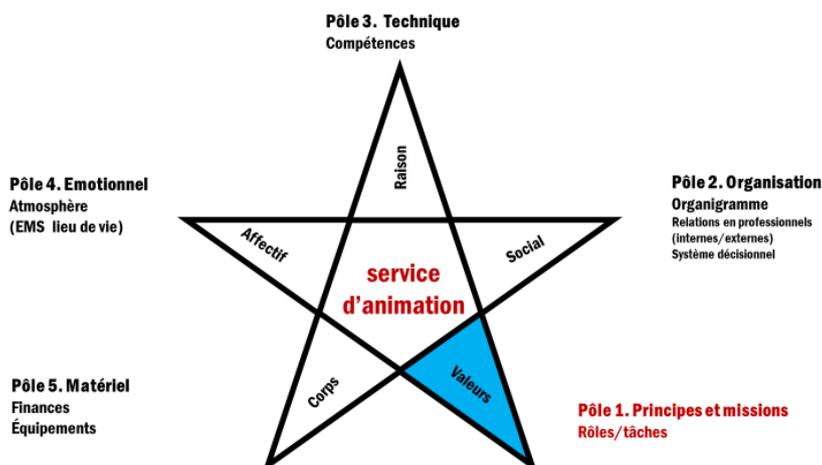
Ce concept AVALEMS a été construit dans une perspective globale : comme toute structure, le service d'animation est constitué de 5 pôles interdépendants, éléments constitutifs qui s'influencent l'un l'autre. Chaque pôle doit être pris en compte dans la réalisation du concept et dans son évaluation.

Pour que le service puisse remplir ses missions (pôle 1), l'institution lui fait une place dans la structure et assure la collaboration avec les autres services (pôle 2), met à disposition des ressources et compétences techniques (pôle 3) et des moyens financiers appropriés (pôle 5). L'atmosphère de l'EMS, le bien-être des résidents, en sera influencé (pôle 4).



Pentagramme de Ginger, l'articulation des ressources

4.1 Pôle 1 : Principes et missions : le cahier des charges



« L'EMS doit donc se fondre dans des aspects culturels en lien avec son implantation et devenir « un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soin où l'on vit ». » Bataille (2018).

Le paradigme d'EMS lieu de vie suppose que l'ensemble des acteurs et actrices de l'institution se mettent au service de la qualité de vie quotidienne du résident. L'« accompagnement social » est une forme de relation qui se met en place à tous les moments de la journée, et par toutes les personnes qui côtoient les résidents. Le service d'animation socioculturelle s'inscrit dans cette perspective, il en est le « chef d'orchestre ».

Chartes institutionnelles

Le service d'animation va pouvoir fonctionner s'il trouve sa place dans la structure, si les divers services ne sont pas cloisonnés. Il faut pour cela construire une « **culture institutionnelle commune** ». Les actrices et acteurs de l'EMS partagent ainsi les valeurs et principes de l'EMS pour pouvoir investir leur mission. Il est à préciser que dans le cadre de Qualivista, la construction d'une charte institutionnelle est un passage obligé.

Le premier pas est donc de fédérer les divers services autour de ces valeurs communes. Pour faire vivre les valeurs, il faut les co-construire, en débattre ensemble. La charte d'établissement n'est utile que dans le sens où l'ensemble des collaboratrices-teurs y ont travaillé.

Vivre collectivement une période de crise permet également d'instaurer une culture commune : la crise COVID-19 de cette année 2020 aura en partie, assuré cette étape par nécessité et urgence.

Ce travail de charte peut se faire à partir de chartes déjà existantes (charte européenne, charte CURAVIVA, charte FEGEMS, etc. voir bibliographie chapitre 5). L'important est d'effectuer une démarche participative et collective sur les valeurs, de « partager le sens » de l'accompagnement que l'on souhaite avec les professionnel-le-s des divers secteurs.

Des principes aux missions du service d'animation socioculturelle

L'animation socioculturelle en EMS se fait à 3 niveaux, et donc sur 3 « territoires » différents :

L'animation individuelle : l'ASC répond aux besoins et désirs du résident. Il-elle va pour cela rencontrer le résident dans sa chambre, son étage, ses lieux de prédilection, rassembler des éléments de son passé, s'intéresser à ses ressources. L'objectif est le maintien de l'identité de chaque résident et la valorisation de son rôle social.

La crise sanitaire a amené l'animation en EMS à prendre le chemin d'un « accompagnement relationnel » en collaboration étroite avec les soins et le service hôtelier. L'animation individuelle se voit renforcée. Elle complètera désormais l'animation basée sur l'organisation d'activités de groupes.

L'animation institutionnelle : l'ASC promeut la qualité de vie et de relations parmi l'ensemble des actrices et acteurs de l'EMS : les professionnels de tous les secteurs, les bénévoles, les résidents et leurs proches. Son champ d'action est l'ensemble de l'établissement dans tous les moments du quotidien. L'objectif est l'atmosphère bienveillante et la qualité des relations dans le lieu de vie des résidents.

L'animation sociale : l'ASC élargit son action d'accompagnement à l'environnement social et culturel de l'EMS, la population locale. Son territoire est le quartier, le village, la commune dans laquelle se trouve l'EMS. L'objectif est le maintien des relations des résidents avec le reste du monde.

Dans le tableau suivant, nous avons repris les principes de base de l'animation socioculturelle dans les diverses chartes étudiées, les avons réparties dans ces 3 niveaux, afin de pouvoir mieux classer les missions du service d'animation.

L'animation socioculturelle en EMS		
Niveaux	Principes	Missions
Niveau individuel le résident « la chambre »	Autodétermination Participation Protagonisme collectif Rôle social Continuité identitaire Expression culturelle Prise en compte des ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir compte du parcours de vie de la personne et contribuer au maintien de son autonomie - Accompagner les résidents dans leur cheminement spirituel et dans leur recherche de sens. - S'assurer de la valorisation de toutes les formes d'expression du résident et du respect de ses droits fondamentaux. - Concevoir un programme d'activités collectives et individuelles, adapté aux désirs et aux besoins de chaque résident, en particulier sur les plans social, culturel et spirituel. - Impliquer le résident et ses proches dans la définition des besoins et désirs, dans le choix des offres de prestations, et plus généralement dans la vie de la « maison » - Rendre actifs les résidents dans toutes les étapes d'un projet d'animation, y compris la conception et l'évaluation

		<ul style="list-style-type: none"> - Développer et mettre en place des outils adéquats, notamment en réponse aux troubles cognitifs et aux difficultés de communication des résidents
<p>Niveau institutionnel</p> <p>la communauté de vie</p> <p>« l'EMS »</p>	<p>Partage d'un sens commun, de valeurs communes</p> <p>Collaboration et solidarité interprofessionnelle</p> <p>Intégration des différences (ouverture des conflits)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participer au « projet d'accompagnement personnalisé » ou « projet de vie » du résident dans l'EMS : accueil, colloques pluridisciplinaires, activités interdisciplinaires, soins palliatifs et accompagnement en fin de vie - Collaborer avec les différents secteurs (direction, soins, hôtellerie, administration, accueil, bénévoles, etc.) afin d'assurer la cohérence du projet de vie du résident. - Planifier et organiser les activités d'animation en coordination avec les différents secteurs - Favoriser une approche citoyenne des résidents - Coordonner l'information interne
<p>Niveau social</p> <p>La population locale</p> <p>« le quartier »</p>	<p>Lien social</p> <p>Citoyenneté, exercice des droits</p> <p>Ouverture à l'altérité : liens intergénérationnels, interculturels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire de l'EMS un lieu de vie ouvert sur son environnement : <ul style="list-style-type: none"> <i>Du dehors vers dedans</i> : l'établissement accueille les familles, les proches, les intervenants extérieurs, le voisinage, les publics <i>Du dedans vers dehors</i> : maintenir les liens avec l'extérieur en participant à la vie du quartier - organiser et accompagner les bénévoles - encadrer les personnes en formation, en réinsertion, et les civilistes. - faire évoluer le regard porté sur la personne âgée auprès du public, du réseau professionnel et des diverses instances régionales

Méthodes et savoir-faire de l'animation socioculturelle

Les méthodes et savoir-faire pratiques se retrouvent sur les 3 niveaux : car il s'agit toujours de « **faire avec** » **plutôt que** « **faire pour** », d'impliquer les divers acteurs, et de coordonner les projets, qu'ils soient individuels ou communautaires. La liste suivante n'est pas exhaustive mais représente les compétences pratiques des animatrices et animateurs socioculturel-le-s formé-e-s HES.

Méthodes :

- Méthodologie de projet OGA-LA-RA (Orientation Générale de l'Action ; Logique d'Action, Réalisation de l'Action)
- Méthodes et outils d'Education populaire
- Empowerment collectif
- DPA collectif (Développement du pouvoir d'agir)
- Valorisation des rôles sociaux

Savoir-faire :

- Analyse de contexte
- Analyse de faisabilité
- Analyse des besoins, de la demande
- Récolte de données
- Diagnostic participatif
- Conduite d'entretiens
- Conception et organisation de programmes d'activités
- Travail en réseau
- Animation de groupes
- Gestion d'équipe
- Gestion d'un budget
- Mobilisation des ressources
- Production et diffusion d'information

Trois formes d'interventions professionnelles

Les animatrices et animateurs socioculturel-le-s en institution s'impliquent dans trois types différents de projets, dans lesquels ils-elles mobilisent leurs compétences :

1. Le projet de vie ou le « projet d'accompagnement personnalisé » (PAP)

Autour du projet de vie de chaque résident se réunissent les divers professionnels de l'EMS, y compris l'équipe d'animation :

- En tant que personnes qui « vivent » une partie de leur temps en EMS, ils-elles sont des accompagnant-e-s sociaux-les des résidents
- Comme professionnel-le-s dans leurs compétences propres, ils-elles mettent en place des parties de ce projet de vie : relations, santé, sécurité, spiritualité, art...

Le service d'animation collabore étroitement dans la définition, la réalisation et l'évaluation de ces projets de vie individuels. Par leur présence et leur écoute des résidents et de leurs proches, les animatrices-animateurs récoltent et relaient les besoins et désirs des résident-e-s en termes de vie quotidienne, en particulier aux niveaux social, culturel, spirituel, relationnel ; ainsi que les éléments de leur histoire de vie, leurs ressources, leurs intérêts...

2. Le projet d'animation socioculturelle

Le point de départ de tout « projet » d'animation socioculturelle est un besoin ou une attente d'un résident ou d'un groupe de résidents, que ces besoins ou attentes soient clairement exprimés ou déduits de leurs comportements, de l'évaluation de leurs besoins ou de leur histoire de vie.

Le « projet » peut prendre des dimensions diverses, n'intégrer qu'un ou plusieurs résidents. La « méthodologie de projet » enseignée aux animatrices et animateurs en HES leur permet de conceptualiser, réaliser et évaluer le projet, en **impliquant au maximum les personnes dans et hors de l'institution** intéressées par ce projet :

- les résidents et leurs familles (ex : sortie ; chorale ; ...)
- une partie ou l'ensemble du personnel (ex : organisation commune d'un événement festif)
- l'ensemble des acteurs reliés à l'EMS (personnel, bénévoles, intervenants externes, financeurs...) (ex. spectacle incluant tout le personnel dans diverses tâches)
- le quartier, la commune, le voisinage (ex. participation à la fête des voisins)

3. Le programme d'activités

Contrairement au projet, le programme d'activités est une prestation issue plus exclusivement du service d'animation. Les activités sont définies sur la base des intérêts des résidents et des autres acteurs et actrices de l'établissement, mais aussi de l'offre présente dans et hors de l'institution.

L'animateur coordonne et organise l'activité en veillant à ce qu'elle soit adaptée aux personnes qui y participent. Les activités tendent à valoriser le rôle social des résidents et visent leur sentiment de bien-être et une possible continuité de leurs habitudes de vie. Elles promeuvent également l'accès à de nouvelles expériences, voire de nouveaux apprentissages.

CAHIER DES CHARGES DU RESPONSABLE DU SERVICE D'ANIMATION SOCIOCULTURELLE

Le cahier des charges ci-dessous est un document co-construit avec les responsables actuels de l'Avalems (ateliers du 7 juillet 2020) et validé par les directeurs-trices présents lors du focus group du 7 octobre 2020. Il part des missions du service et des compétences nécessaires à les remplir. Il s'inspire des principes et missions développés dans ce chapitre, des différents référentiels-métier, des méthodes de l'animation socioculturelle et des outils nécessaires à les mettre en œuvre.

Ce cahier des charges se trouve en annexe dans une version au format AVALEMS.

Responsabilités

- Le/la responsable est garant/e des valeurs, missions, stratégies de l'EMS en termes d'accompagnement des résidents (biopsychologique, social, culturel, spirituel).
- Le/la responsable assure de bonnes conditions de travail à son équipe (ambiance, sécurité, sens). Elle/il valorise les compétences de l'ensemble des membres de l'équipe d'animation, et promeut le renforcement de ces compétences (coaching, suivi de formation pratique, formations internes, externes...) **(F1)**
- Le/la responsable veille à une bonne coordination avec les autres services (soins, hygiène, restauration, administration, aumônerie...) **(F2)**
- Le/la responsable est à l'écoute des résidents et des familles et coordonne avec eux les formes d'accompagnement adéquates (participation aux décisions). Il-elle favorise la participation active du/de la résident.e à la vie sociale et culturelle, à l'intérieur de l'institution et en interaction avec l'extérieur. **(F3)**
- Le/la responsable veille à une organisation de la vie quotidienne (programme d'activités yc repas, temps libre, rythme de vie) qui prend en compte les aptitudes et compétences des résidents et respecte leurs besoins en termes de dignité, d'intimité, d'auto-détermination et de liens sociaux. **(F4)**
- Le/la responsable conçoit et gère la mise en place de projets d'animation socioculturelle **(F5)**
- Le/la responsable travaille à promouvoir une image positive de l'institution dans le voisinage, la commune, et travaille à inclure un réseau actif et concerné autour de l'institution. **(F6)**
- Le/la responsable assure la gestion économique du service, établit un budget, cherche des ressources (humaines, matérielles, financières), présente un bilan annuel (rapport d'activité yc bilan financier) **(F7)**

Fonctions et tâches

F1. Gestion de l'équipe d'animation

Monitoring (gestion, coordination, coaching)

T1. Coordonner l'équipe, organiser les colloques du service

T2. Gérer l'équipe

- Cohésion d'équipe (définition des responsabilités, rôles, fonctions)
- Gestion des tensions et conflits
- Information et communication à l'interne
- Modes décisionnels, leaderships, délégations
- Logistique : gestion des vacances, remplacements etc

T3. Planifier et coordonner le travail des bénévoles, stagiaires et apprentis.

T4. Planifier les formations internes, gérer les formations continues

Réalisation

T5. Accompagner les bénévoles, civilistes, stagiaires, apprentis, employés (suivi, formation)

F2. Collaboration avec les autres secteurs de l'EMS

Monitoring

T1. Collaborer et se coordonner avec les secteurs des soins et hôtelier : programmes, projets communs, rencontres, etc.

T2. Participer aux colloques cadres et aux colloques interdisciplinaires

T3. Veiller à la transmission des informations et à une bonne communication entre le secteur de l'animation et les autres secteurs

T4. Participer à la création de concepts communs

Réalisation

T5 : Participer à l'élaboration et au suivi du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) en collaboration avec les autres secteurs

T6 : Transmettre les informations utiles au PAP aux personnes ad hoc (proches, personnel des soins, de la restauration...)

T7 : Collaborer avec le personnel des autres secteurs pour accompagner les résidents dans leurs déplacements quotidiens entre les diverses activités programmées

F3. Coordination de la participation des résidents et des familles

Monitoring

T1. Intégrer les familles et proches aux prises de décisions : assurer un système d'information et de consultation régulier.

T2. Réaliser avec les résidents (délégation, conseil de maison) une **évaluation continue participative** des programmes et des projets.

Réalisation

T3. S'intéresser à l'histoire de vie du résident, valoriser ses compétences et rôles sociaux

T4. Favoriser, créer et entretenir des liens (étroits) avec les familles, les amis, les proches aidants, les inclure dans la réalisation des activités et projets.

T5. Informer les familles et les proches des programmes d'activités et de la vie quotidienne (journaux, news, fêtes)

T6. Récolter les informations (besoins, ressources...) auprès des résidents et des proches qui les visitent, et les transmettre aux services concernés

F4. Organisation de la vie quotidienne des résidents

Monitoring

T1. Coordonner avec les autres secteurs un **programme quotidien et hebdomadaire** qui assure l'harmonie entre les espaces et les temps d'intimité et de convivialité, d'activité et de repos.

Réalisation

T2. Mettre en place les projets d'accompagnement personnalisés des résidents

T3. Accompagner les résidents dans leur vie quotidienne en favorisant leur autonomie

T4. Élaborer un **programme d'activités** hebdomadaire adapté aux besoins et ressources des résidents.

T5. Réaliser des **activités** créatives, sociales, culturelles, adaptées aux besoins et désirs des résidents

T6. Utiliser les canaux d'**information** adéquats pour informer à l'interne et à l'externe sur les activités.

T7. Inclure les familles et proches dans l'organisation de la vie quotidienne et des loisirs (organisation des visites et repas ensemble ; informations sur les activités...)

T8. Veiller à l'actualisation des activités proposées, en tenant compte des besoins et ressources des résidents présents (fréquence du renouvellement des résidents).

F5. Mise en place de projets d'animation socioculturelle

Monitoring

T1. Planifier et organiser des **événements festifs** sur l'année qui assurent une continuité de lien avec le monde extérieur et une ritualisation des passages.

T2. Concevoir des **projets d'animation socioculturelle** avec la **participation active** des divers acteurs-trices de l'institution.

Réalisation

T3. Accompagner les résidents dans la préparation et la réalisation des événements festifs

T4. Favoriser la participation des résidents dans les projets d'animation

T5. Accompagner les résidents, selon leurs capacités, à assister aux événements sociaux et culturels organisés dans et hors l'EMS

F6. Collaboration avec l'extérieur (vie locale, réseaux)

Monitoring

T1. Travailler en réseau : favoriser et entretenir des liens au niveau de la vie locale (voisinage, associations et institutions locales...)

T2. Promouvoir une image positive de l'institution vers l'extérieur (site internet, réseaux sociaux...)

Réalisation

T3. Favoriser les rencontres entre résidents et personnes venant de l'extérieur : visites, intervenant.e.s externes , etc.

T4. Favoriser les liens avec l'environnement extérieur (organiser des sorties, utiliser les réseaux sociaux, internet...)

T5. Favoriser les échanges intergénérationnels

T6. Préparer et diffuser l'information auprès de la population locale sur les projets de l'établissement (journal, flyers...)

F7. Gestion économique du service d'animation

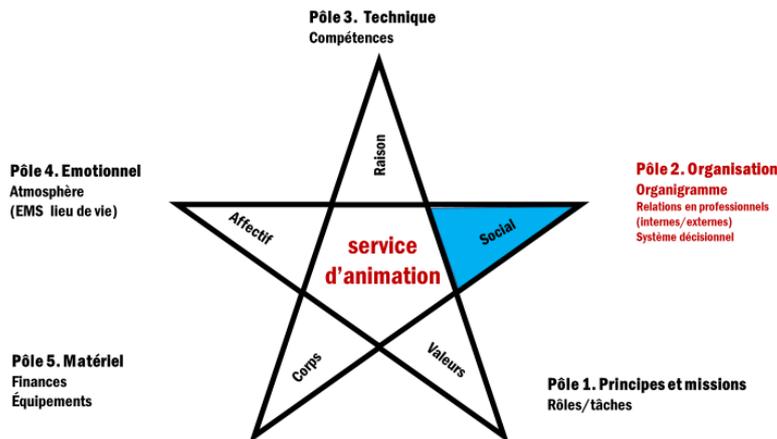
Monitoring

T1 : Elaborer et gérer le budget annuel du service

T2 : Chercher des ressources (humaines, matérielles, financières – recherche de fonds)

T3 : Etablir un rapport d'activité annuel avec un bilan financier

4.2 Pôle 2 : Relations – l'organisation

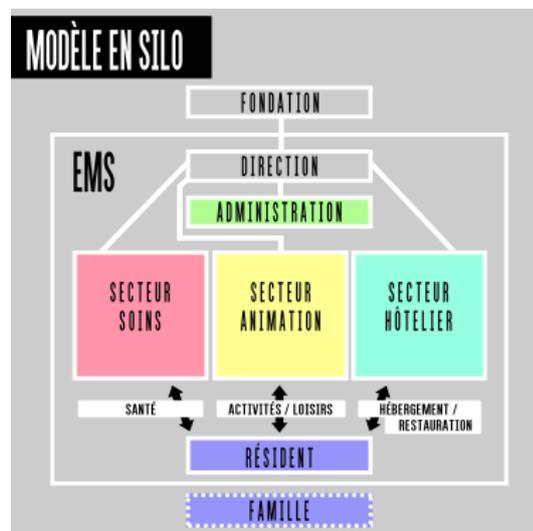


Nous proposons ici trois modèles organisationnels qui permettent d'intégrer un service d'animation socioculturel au sein de l'accompagnement en EMS. Chacun de ces modèles a été expérimenté à la base dans des établissements romands ou valaisans. Nous les présentons les trois, avec les éléments de discussion principaux ressortis lors des focus groups.

Chaque modèle a ses avantages et inconvénients. Le choix du modèle dépend de la taille de l'EMS, du contexte et de l'histoire institutionnelle, des préférences et compétences managériales.

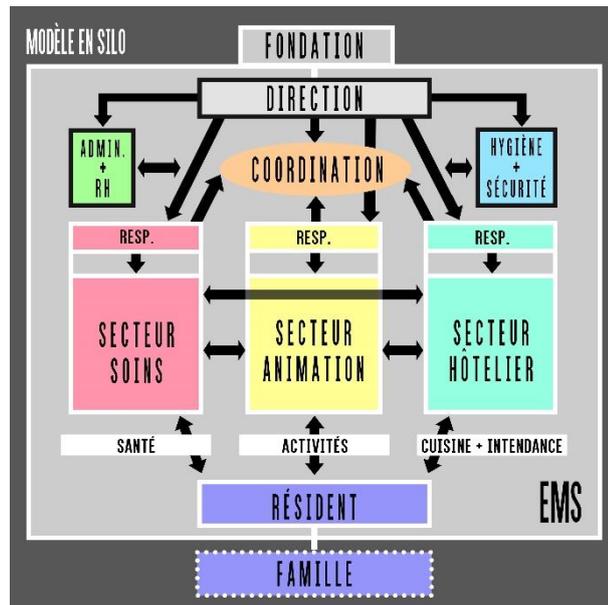
Ces modèles diffèrent :

- De par les relations et communications interprofessionnelles
- De par l'implication des divers acteurs internes et externes dans les décisions

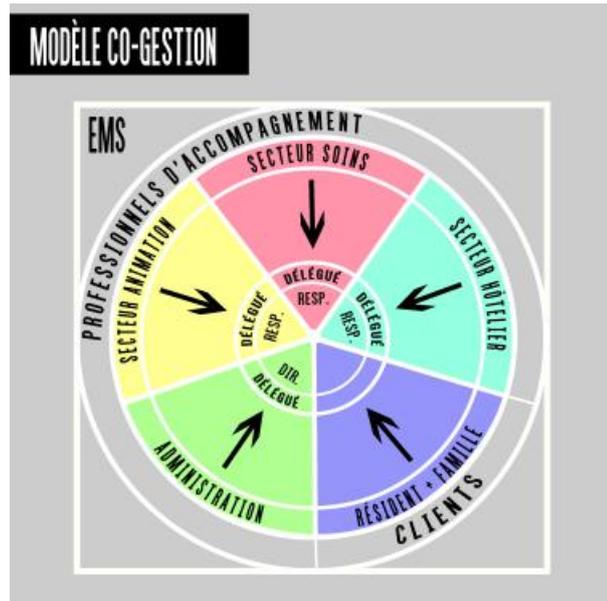


Avantages de ce modèle :

- Logique de clientèle actuelle, où le résident est un client, vu comme bénéficiaire des diverses offres de l'entreprise EMS
- Adapté à des grandes structures
- Propice en période de crise, car la hiérarchie est directe. Avec risque de retour à l'animation comme sous-secteur des soins

Modèle amélioré :

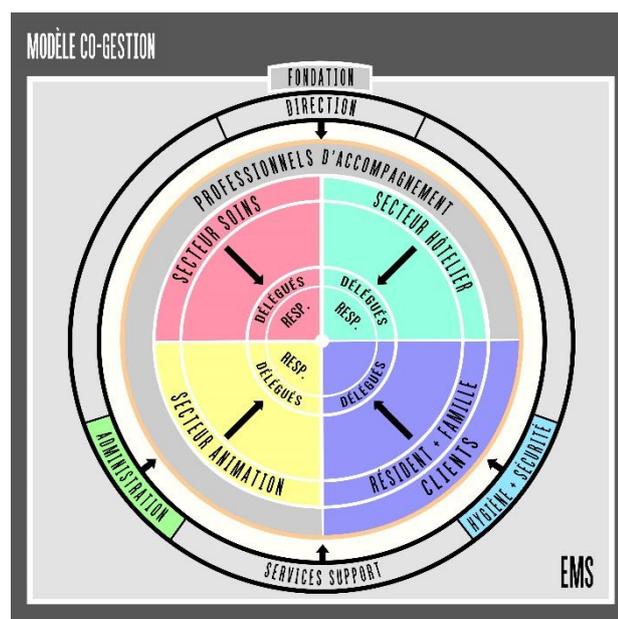
- L'imbrication entre les secteurs et la coordination sont rajoutées.
- les services de support, comme celui de sécurité et hygiène ; l'administratif ; etc. : sont des « services au service des services »



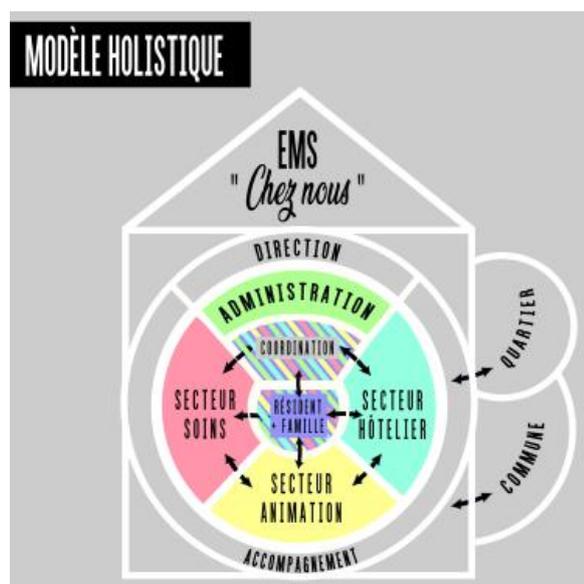
Avantages de ce modèle :

- Le résident est partie prenante mais pas au centre => les directeurs du focus group préfèrent ce modèle au modèle holistique.
- A l'inverse, les responsables sont au centre => les responsables de services préfèrent le modèle où les résidents sont au centre
- Les décisions passent après consultation des résidents et des proches : Participation VS consommation ! L'auto-détermination est assurée.
- Ce modèle correspond à ce qui se fait lors des bilans à l'entrée en EMS avec la famille et le résident : il s'agirait de poursuivre la démarche participative sur l'ensemble du séjour en EMS (en organisant des bilans réguliers, un forum de résidents...)

Modèle amélioré :



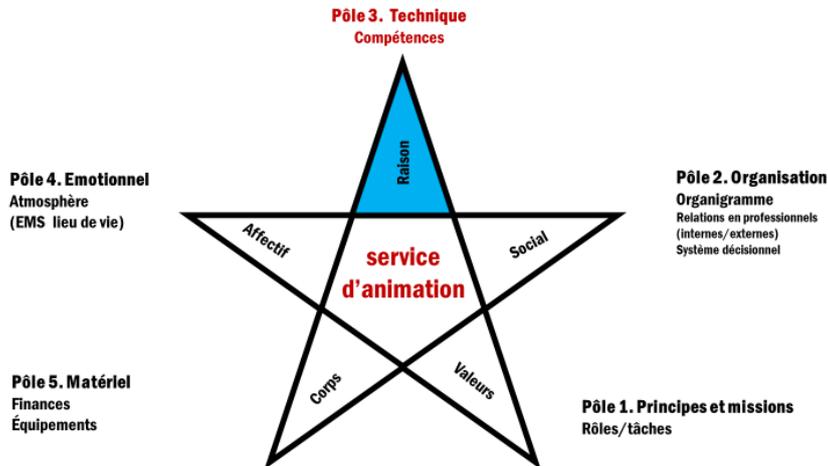
- La direction avec le secteur « administration » est vu comme organe de « stratégie » et garantie opérationnelle → l'administratif comme « support » à l'accompagnement



Avantages de ce modèle

- Le client est au centre : ce modèle est plébiscité par les responsables de l'animation mais pas par les directeurs (client roi - consommateur).
- Responsabilités partagées parmi les professionnels.
- Moins protagoniste pour les résidents et les proches qui sont objets de l'accompagnement
- L'environnement extérieur est pris en compte, l'établissement interagit avec l'extérieur

4.3 Pôle 3 : Technique – les compétences



L'accompagnement social en EMS se complexifie. Les résidents ont des pathologies et dépendances de plus en plus importantes, en même temps que l'on souhaite travailler à partir de leurs ressources et besoins. Les nouvelles missions du service d'animation, à la fois plus impliquées dans le quotidien de chaque résident et tournées vers l'extérieur, demandent des compétences plus spécifiques. Notamment en termes d'outils concrets.

Des modèles d'accompagnement issus des soins forment l'ensemble du personnel des EMS qui s'y intéressent (**Montessori, Humanitudes**). Ces techniques, surtout adaptées aux résidents avec troubles cognitifs dont Alzheimer, sont plus facilement applicables à de petites structures.

Certains défis ne sont cependant pas assurés par ces modèles. Le relais professionnel est alors à prendre auprès des « métiers » de l'animation : les formations existantes en Valais sont

- le CFC d'ASE (Assistants socio-éducatifs) à Châteauneuf
- le diplôme HES d'ASC (animatrices-teurs socioculturels) à Sierre

Monter en compétences pour une équipe d'animation signifie aussi permettre au personnel de continuer de se former grâce à un coaching et un suivi à l'interne et/ou à des formations continues externes.

Voici un tableau des formations qui donne une idée du niveau de compétences que l'on y obtient, avec la classe salariale de l'AVALEMS correspondante. Ce tableau permet de conformer une équipe en fonction des compétences nécessaires et du budget pour le personnel.

Niveaux de formation en animation socioculturelle	Formation : diplôme	Durée de formation	Compétences, Savoirs	Classe salariale Avalems, salaire mensuel base
Professionnelle experte	Bachelor HES-SO Travail social, option animation socioculturelle	3 ans Dont 2 semestres pratiques	Gestion d'équipe, organisation Méthodologie de projets, travail en réseau, conception de projets d'animation	12 5212.60.- Praticien formateur : 13 5481.60.-
Professionnelle praticienne	CFC d'Assistant socio-éducatif (ASE)	3 ans 1 stage en EMS	Animation sociale, culturelle, spirituelle ; réalisation d'activités individuelles et de groupe	7 4454.10.- Avec BF 8 4627.70.-
Professionnelle en formation (HES)	Stagiaire HES 1 ^{ère} et 2 ^{ème} stage	FP1 : 2 semestres acquis FP2 : 5 semestres acquis	FP1 : bases théoriques travail social FP2 : bases pratiques métier	(2'212.-)
Apprentie (CFC)	Apprenti ASE	3,5 jours/semaine	Cours professionnels 1,5 jours semaine	An 1 : 707.80 An 2 : 972.95 An 3 : 1'239.40
Aide en soins et accompagnement (ASA)	AFP (Attestation Fédérale Professionnelle)	2 ans 4 jours semaine en emploi	Aide pour soins, animation, logistique	3 3904.40.- En emploi : An 1 : 707.80 An 2 : 972.95
Animatrice CRF orientation démence	Croix Rouge Fribourg	250 h sur 10 mois	Aide dans l'accompagnement social et activités	1 3'821.30.-
Aides externes : Service civil Bénévoles	Sans formation		Selon parcours de vie	

Composition d'une équipe d'animation socioculturelle

En rassemblant les avis des deux focus groups sur la composition d'une équipe d'animation idéale, voici les recommandations pour les équipes dans un futur proche.

Tous s'accordent sur l'urgence d'augmenter le nombre de personnes formées, et de revaloriser le CFC d'ASE.

Responsable de service :

De formation HES (voir cahier des charges et missions).

Le coût est compensé par l'investissement : décharge la direction de tâches de gestion ; compétences en communication publique et recherche de fonds.

Équipe :

L'équipe idéale pour remplir les missions d'un service d'animation de qualité serait conformée selon les directeurs-trices présent-e-s de :

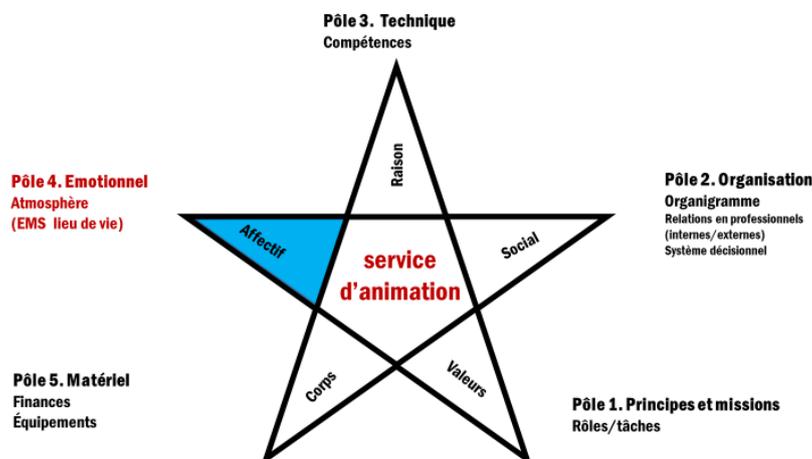
- 6 EPT (équivalents plein-temps) pour un EMS de 100 lits

La répartition idéale de l'équipe serait alors, proportionnellement pour ces 6 EPT :

- 1 EPT : niveau HES
- 2 EPT : niveau CFC ASE
- 3 EPT : niveau AFP

L'équipe comprend en plus une proportion non négligeable de personnel en formation et de civilistes.

4.4 Pôle 4 : Affectif – le lieu de vie



Les EMS ont été le plus souvent construits il y a plusieurs décennies, leur architecture renvoie à une conception hospitalière d'accueil des patients, le temps est morcelé, les espaces sont sécurisés, le service socio-hôtelier est limité dans un espace-temps subordonné aux contraintes et pratiques des soins. Ce modèle a vu naître un service d'animation inclus dans les soins et limité dans les espace-temps non dévolus aux autres services.

La conception de l'EMS comme lieu de vie modifie considérablement l'organisation de l'établissement et son « atmosphère » : l'EMS d'aujourd'hui offre tout ce qu'un lieu de vie (l'appartement dans son quartier) peut offrir : repos, nourriture, soins, sécurité, et bien sûr vie sociale, spirituelle, activités culturelles, loisirs, etc. Les secteurs professionnels se coordonnent autour des besoins et désirs des résidents et de leurs proches et le service d'animation veille à favoriser une **atmosphère de « maison »** et coordonner l'accompagnement social des résidents.

Vie sociale et communautaire

L'équipe d'animation veille à ce que les résidents maintiennent – dans la mesure où ils le souhaitent, l'auto-détermination étant une valeur de base en animation – des **liens sociaux** avec leurs proches, avec les autres résidents, avec les personnes qui travaillent dans leur EMS, avec les visites, avec le voisinage...

Les animatrices et animateurs sont particulièrement sensibles à la **participation** des résidents à la **vie collective dans l'EMS** :

- Les résidents participent activement aux **simples actions de la vie quotidienne** et conservent ainsi un sentiment d'utilité, le sens des responsabilités et la conviction d'appartenir à part entière à une collectivité.
- Ils-elles sont **impliqué-e-s dans les décisions** qui concernent l'organisation de la vie quotidienne (horaires, repas, loisirs) et plus généralement la gestion de l'établissement.
- Les animatrices – animateurs les considèrent comme actrices et acteurs des projets d'animation.

La Résidence Grande-Fontaine à Bex : protagonisme des résidents

Voici deux exemples de projets d'animation renforçant la participation active des résidents dans la vie quotidienne de l'EMS :

- un comité de résident.e.s accueille les nouveaux arrivants en organisant un apéro, et un autre comité est responsable de la présentation de la Résidence aux stagiaires.
- les résidents s'organisent en groupes qui se rencontrent régulièrement pour travailler ensemble à la préparation et à la mise en place de leur projet. Un projet devenu célèbre durant le confinement de printemps : la capsule vidéo « Allez, reste à la maison »

Les animatrices et animateurs veillent également à préserver le lien avec « le monde », le voisinage mais aussi les « nouvelles » du monde extérieur.

Les leçons du Covid-19

Pendant la crise sanitaire, le maintien du lien social a été drastiquement réduit. Le service d'animation a développé des moyens de maintenir des liens sociaux dans cette situation extrême, notamment grâce à la technologie numérique. Les animatrices et animateurs se voient investis d'une nouvelle mission aujourd'hui : promouvoir un accompagnement global de la personne âgée même en cas de confinement.

Espaces de vie = espaces d'animation

L'accompagnement « relationnel » est l'affaire de tous les acteurs de l'EMS, **il prend place dans tous les espaces de l'établissement**. L'animation socioculturelle n'est plus confinée à une salle d'animation, elle a sa place pour coordonner et réaliser des projets d'animation (individuelle ou de groupes) dans tous ces espaces :

- La chambre, espace privé et intime
- L'étage, espace de convivialité en groupes restreints
- La cafétéria, espace d'échanges entre le dedans et le dehors
- Les salles d'animation, espaces d'expression
- Les couloirs, espaces de déambulation
- La chapelle, espace de recueillement
- Le jardin, espace nature
- Le quartier, espace public
- Internet, espace transitionnel

Les animateurs-trices sont sensibles à ce que ces espaces soient agréables et **aménagés de manière adaptée au grand âge**. Les aménagements, pensés de façon très protectrice dans le système hospitalier, ne doivent pas réduire l'activité à celle des moins valides.

Il s'agit notamment :

- d'élargir les périmètres accessibles aux résidents, y compris extérieurs ;
- d'imaginer les espaces de déambulation avec les équipes en fonction des périodes (jour/nuit, semaine/week-end...) ;
- d'adapter les couleurs, la luminosité, les matières aux sensibilités et perceptions des résidents âgés.

Temps de vie = temps d'animation

L'EMS comme lieu de vie **s'adapte au rythme des résidents et non le contraire.**

L'accompagnement global étant centré sur les besoins du résident, l'organisation de la journée et de la semaine se fait « **à la carte** » : les heures de lever et de coucher, celles des repas vont alors se restructurer en fonction de la diversité des rythmes des résidents.

Ce principe modifie considérablement l'organisation du travail. Les horaires s'élargissent notamment aux soirées et aux week-ends, changement qui ne se fait pas sans tensions dans les équipes. Le partage de sens (co-construction de la charte) et la coordination interprofessionnelle sont indispensables à la mise en place de cet accompagnement centré sur les besoins du résident.

Le service d'animation s'organise en fonction du biorythme des résidents. Le temps d'animation n'est plus « confiné » à des plages horaires de loisirs intercalées entre soins et repas. Il s'élargit aux actions du quotidien.

L'équipe d'animation est également présente aux familles et aux proches des résidents. Il n'y a plus de temps réservés aux visites comme en hôpital : le résident étant « chez lui », sa famille et ses proches sont les bienvenus à toute heure de la journée et de la nuit. Ils peuvent ainsi partager tous les moments de la vie quotidienne de leur parent. Ils sont invités à s'impliquer dans tous les niveaux de l'organisation, en fonction de leur disponibilité et de leur possibilité.

De nouveaux espace-temps d'animation se créent au gré des affinités de résidents, de leurs horaires et envies.

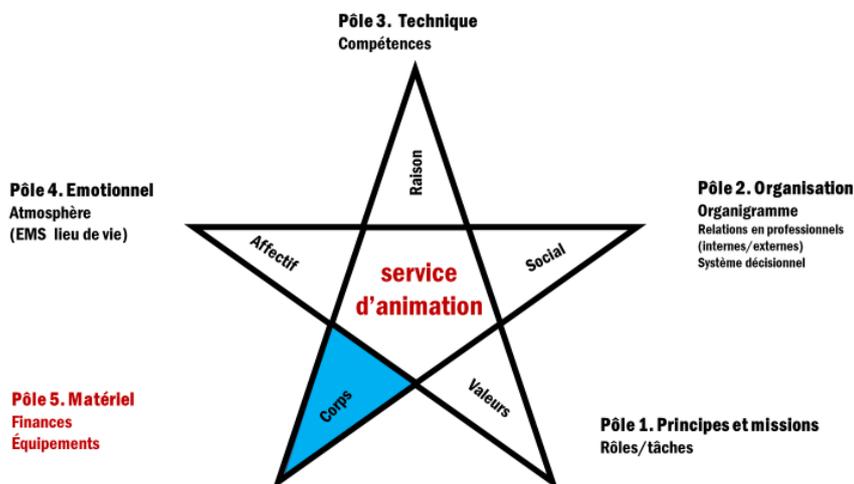
Résidence médicalisée Les Glariers, Sion

Les résidents peuvent prendre leur petit-déjeuner dans les étages jusqu'à 10h en robe de chambre : on ne les réveille pas. En hiver leur biorythme fait qu'ils déjeunent souvent plus tard. Pour le reste, les repas sont servis à midi et à 18h. Le soir, dans un petit coin cosy avec des fauteuils à l'étage, un petit groupe de résidents se réunit pour boire un petit verre d'alcool ou un thé en discutant de choses et d'autres, prolongeant ainsi la soirée de manière familiale. Ils iront se coucher chacun-e selon son rythme de sommeil.

Les parents reçoivent chaque semaine un message de la direction avec les menus de la semaine, les activités, celles auxquelles ils sont invités, et plus personnellement s'il y a eu des particularités avec leurs parents en résidence. Ils peuvent venir de 8h du matin 8h du soir, la porte est toujours ouverte

Les week-ends, tout le personnel travaille suivant un tournus, y compris celui de l'animation.

4.5 Pôle 5 : Matériel : Le financement



Dans le système économique complexe dans lequel s'insère le financement de l'accompagnement social dans les EMS (voir chapitre 2.3.6), comment développer un service d'animation ad hoc sans augmenter le coût de pension ? C'est la quadrature du cercle pour les directrices et directeurs d'EMS. Il s'agit d'engager plus de professionnels, mieux formés, mais sans plus de moyens financiers.

Voici les principales **stratégies économiques** récoltées auprès des directrices et directeurs d'EMS valaisans confrontés à ce défi :

Gestion interne :

- Une gestion interne autour des financements possibles par le système BESA en termes d'accompagnement social
- Une gestion optimale du fonds LoRo (Loterie Romande) avec un équilibre d'engagement entre intervenants externes et internes.
- Des économies sur les factures, et notamment sur les achats (par ex. grâce à une coordination inter EMS – centrale d'achats)
- Des formes d'auto-financement : production de biens et services destinés à la population locale. On vend les prestations d'animation socioculturelle à la population locale, l'EMS devient un petit centre culturel, un lieu d'échanges.

Gestion externe :

- Un renforcement du travail en réseau avec l'ensemble des partenaires institutionnels, associatifs, politiques, afin d'obtenir des subventions et soutiens
- Des démarches auprès des institutions et fondations subventionnées avec une mission de travail social et/ou culturel incluant la personne âgée (Pro Senectute, Fovahm, ...)
- Des démarches auprès des dicastères socioculturels de la commune (subventions ; diminution de factures ; ressources logistiques ou autres...)
- Des recherches de fonds pour des projets d'animation ponctuels

La gestion d'un budget annuel, la recherche de fonds et le travail en réseau sont des compétences des animatrices et animateurs socioculturels de niveau HES. Si leur engagement a un coût, il est donc aussi un investissement à terme.

Subventions communales : la commune finance des projets socioculturels en lien avec les seniors actifs, mais dès que les seniors sont dépendants, ils sont « pris en charge » uniquement dans le cadre de la santé (financement LaMal). Or les seniors même dépendants sont des seniors-citoyens. C'est un domaine possible à investiguer.

4.6 *Évaluation continue participative*

Pour mettre en place un nouveau concept d'accompagnement socioculturel à l'intérieur d'une institution, il est nécessaire de se doter d'un système d'évaluation adapté.

Actuellement, les directeurs-trices des EMS utilisent déjà plusieurs systèmes qualité dans lesquels se trouvent des items d'animation. Qualivista par exemple est une base définissant les lignes directrices pour le concept d'animation et permet de se situer.

Cependant les critères proposés dans ces systèmes qualité sont souvent en opposition avec la réalité des terrains. De plus ils sont évalués par des experts qui ne proviennent pas du domaine du social, encore moins de l'animation socioculturelle.

Une méthode d'évaluation adaptée serait selon nous celle utilisée dans la méthodologie de projets en animation socioculturelle, soit l' « évaluation continue participative ».

- Evaluation : on évalue le chemin parcouru, le processus, et non les résultats. Les critères sont définis à l'avance par les personnes impliquées dans l'évaluation.
- Continue : le processus d'évaluation se fait en continu, dès le début de la mise en place du concept, et régulièrement dans un rythme prédéfini.
- Participative : Tous les acteurs, toutes les actrices institutionnelles sont engagé-e-s dans le processus d'évaluation de manière le plus participative possible : les résidents et leurs familles, les professionnels de tous les secteurs, la direction et les services de soutien, les bénévoles, et les partenaires externes.

Une évaluation de la mise en place de ce concept devrait se faire à deux niveaux :

- Dans chacun.e des EMS
- Au niveau de l'AVALEMS, plus globalement.

5 SOURCES ET RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Cette liste de documents n'est pas exhaustive et représente le choix des lectures retenues pour ce travail.

5.1 Chartes et concepts d'animation socioculturelle

Chartes

Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée.- juin 2010.-

https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_FR.pdf

Charte du GAG (France) Groupement national des Animateurs en Gérontologie – GAG.-

<https://www.non-traitance.com/>

Charte de la société civile pour le respect de la dignité des personnes âgées - Curaviva suisse, 2010

https://www.curaviva.ch/files/EMZV3TY/charte_de_la_societe_civile_pour_le_respect_de_la_dignite_des_personnes_agees_curaviva_suisse_2010.pdf

Charte valaisanne de l'animation socioculturelle : pdf à disposition sur

<https://avalts.ch/documents/>

Référentiel de compétences des métiers de l'animation socioculturelle

www.anim.ch/referentiel/

Concepts suisses et romands d'animation socioculturelle en EMS

CURAVIVA.ch.- « Le modèle d'habitat et de soins 2030 de Curaviva Suisse. Le futur des soins aux personnes âgées ». mai 2016

FEGEMS. « Animateur ou animatrice socioculturel-le en EMS – Descriptif métier. » Novembre 2009.

Disponible sur : http://www.anim.ch/pxo305/pxo_content/medias/descriptifmetier_animateur.pdf

FEGEMS, AGASPA. « Conception de l'animation socio-culturelle en EMS. » Juin 2000.

AFIPA/VFA. « Visio de l'animation socio-culturelle en EMS ». - Novembre 2017

Concepts valaisans d'animation socioculturelle en EMS

1. Les Fleurs du temps – Charrat, Fully, Leytron, Saillon – 21.09.2017
2. Fondation Saint-Jacques – Saint-Maurice, Vernayaz – 18.09.2017
3. Home et Foyer Zambotte – Savièse – Concept organisation du quotidien et activation (selon Qualivista)
4. Fondation Castel Notre-Dame, Martigny – janvier 2018
5. Résidence La Charmaie – Muraz / Collombey – août 2018
6. Foyer Les Trois sapins – Troistorrents – 26.09.2016 (concept) et 17.10.2017 (philosophie)
7. Home Les Crêtes – Arbaz, Ayent, Grimisuat – Concept organisation du quotidien et activation (selon Qualivista) - 14.03.2018
8. Ems St-Pierre La Résidence – Sion- 18.03.2019

5.2 *Rapports, recherches et articles scientifiques*

AGLIONE Camille-Angelo (2016).- « L'EMS de demain se redessine en Suisse romande ».- Revue REISO (06.06.2016) :
<https://www.reiso.org/articles/themes/vieillesse/444>

BATAILLE Jérôme (2018).- « Forces et faiblesses des EMS face au papy-boom. » Revue REISO (09.04.2018) : <https://www.reiso.org/articles/themes/vieillesse/2923>

Commission consultative cantonale pour le développement de la politique en faveur des personnes âgées 2018-2021. Bases légales et modifications réglementaires, rapport thématique n°4, février 2020 (seniors dépendants, EMS : pp. 8-11)
https://www.fvr-wvr.ch/wp-content/uploads/2020/09/20200205_Pleniere_Rapport_Final.pdf

FAVRE Elodie.- « Animation socioculturelle individuelle en EMS : qu'apporte-t-elle aux personnes âgées ».- FUMEAUX Nicole (dir.) Travail de Bachelor, HES-SO Valais, 86 p., 2011

FAVRE Nathalie (2017) - « L'approche Montessori dans l'accompagnement de nos aînés porteurs de troubles cognitifs. », Presses universitaires de Grenoble, « Jusqu'à la mort accompagner la vie ».- N° 130, p. 85-92

JETZER Anne, MALBOIS Fabienne (2019) : « Ethnographie d'un dispositif d'accompagnement "sensible" aux troubles de la démence » - Journée d'études « Les nouvelles modalités de l'accompagnement des personnes âgées en EMS, enjeux et promesses ». (29.05.2019) .- EESP Lausanne

LAMBELET Alexandre (2016).- « L'animation en EMS : la quête de légitimité. » Revue Reiso (06.10.2016) : <https://www.reiso.org/document/461>

LAMBELET Alexandre, PICHONNAZ David, HUGENTOBLE 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 ».- Ed. Lien social et politique.- Les territoires du vieillissement Numéro 79- pp. 95-112

MALBOIS Fabienne, JETZER Anne, LAMBELET Alexandre (2010) .- « Les formes variées du « prendre soin » en EMS.- Revue REISO (16.03.2020) :
<https://www.reiso.org/articles/themes/vieillesse/5725>

PICHONNAZ David, LAMBELET Alexandre, HUGENTOBLE Hugentobler (2020) « Désaccords en établissements pour personnes âgées. Analyser les concurrences entre métiers aux contours flous. » Ed. Swiss Journal of Sociology, Numéro 46
GROLIMUND Aline.- « La valorisation des rôles sociaux en EMS : EMS = lieu de vie... lieu d'envies? », JURISCH PRAZ Sarah (dir.).- Mémoire de bachelor : Haute Ecole de Travail Social, HES-SO Valais, 2013

5.3 Ouvrages de référence

BILODEAU Guy.- «Un regard différent, une approche différente».- Extrait de «L'approche Carpe Diem», octobre 2000

CAMP Cameron (2010).- « Origins of Montessori Programming for Dementia. Non-Pharmacological Therapies in Dementia » 1(2), 163–174.

Coordination des Ecoles Suisses d'Animation SocioCulturelle (CESASC). Animation socio-culturelle: quelles formations pour quelles pratiques ? 1990. 35 p.

GILLET Jean-Claude. Animation et animateurs : le sens de l'action. Paris : Harmattan; 1995. 326 p. (Collection Technologie de l'action sociale).

HENDERSON, Virginia. La nature des soins infirmiers (traduction de l'édition américaine The Principles and Practice of Nursing de 1994), InterEditions, Paris, France, 1994.

LUQUEL Laurence. « La méthodologie de soin Gineste-Marescotti dite « humanitude », expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer », Ed. Fondation Nationale de Gérontologie, « Gérontologie et société », 2008, vol. 31, p. 165-177.

MOSER Heinz, MULLER Emmanuel, WETTSTEIN Heinz, WILLENER Alex. L'animation socioculturelle, fondements, modèles et pratiques. 1^{ère} édition, Genève, 2004. (p.23. : les fonctions de l'animation socioculturelle)

5.4 Sitographie

Avalems : <https://www.avalems.ch/>

Carpe Diem, centre de ressources Alzheimer : <https://alzheimercarpediem.com>

Curaviva suisse : Fiche d'information : « Concept de logements pour seniors 2020 ».- Pdf à disposition sur curaviva.ch : <https://www.curaviva.ch/files/FIHH4SM/>

Fegems : <https://www.fegems.ch/>

Heviva : <https://www.heviva.ch/>

Groupement national des Animateurs en Gérontologie – GAG : <https://www.non-traitance.com/>

Méthode Humanitude : <http://www.humanitude.fr/lhumanitude/>

Méthode Montessori : Accompagnement en gérontologie et développements - AG&D. (2019). La méthode Montessori adaptée. Consulté le 20.01.2020 en ligne

<https://www.ag-d.fr/nos-formations/la-methode-montessori-adaptee/>

6 ANNEXES

6.1 Cahier des charges du/de la responsable du service d'animation (format AVALEMS)

6.2 Missions du/de la Responsable du Service d'animation socioculturelle

6.3 Modèles d'accompagnement social en EMS

6.4 Tableau des formations en animation

6.5 Synthèse Focus Group 1 : Responsables de services d'animation

6.6 Synthèse Focus Group 2 : Directrices-teurs d'EMS