

HETS-FR
Haute école de travail social - Fribourg
Rue Jean-Prouvé 10
CH-1762 Givisiez

**La pratique des ASE et leur collaboration
avec les équipes professionnelles
dans les établissements médico-sociaux du canton de Fribourg**

Des enjeux sociaux en milieu médical

TRAVAIL DE BACHELOR

Présenté par
Catherine Fleury Meizoso

En vue de l'obtention du Bachelor of Arts HES-SO en travail social

Givisiez – Mai 2015

« Ma seule responsabilité à l'égard de l'autre, c'est de l'accueillir dans l'ouverture de l'esprit en l'encourageant à parcourir son propre chemin, même si je ne comprends pas ses choix ou son itinéraire »

(auteur-e inconnu-e)

« Dans le chemin vers l'autre, je ne peux pas faire l'économie du chemin vers moi »

(Thomas d'Ansembourg, 2001)

Les opinions émises dans ce travail de bachelor n'engagent que leur auteure

Table des matières

1. Introduction	4
2. Problématique.....	5
2.1 L'établissement médico-social dans le canton de Fribourg	5
2.2 Le métier d'assistant-e socio-éducatif et socio-éducative entre en EMS pour répondre aux besoins des résident-e-s, du personnel et de l'institution.....	6
2.3 Brève esquisse du métier d'ASE	8
2.4 Le nouveau visage des équipes de professionnel-le-s dans les EMS, entre métier du social et métier du médical : De la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité	8
2.5 La collaboration dans l'équipe : Pour une équipe et une dynamique saines	9
3. Question de recherche et objectifs de la recherche	10
3.1 La question de recherche	10
3.2 Les objectifs de la recherche	10
4. Quelques concepts clefs.....	10
4.1 Le métier d'ASE en EMS	10
4.1.1 D'un point de vue légal	11
4.1.2 L'agir encadré	12
4.1.3 Les expert-e-s du quotidien.....	13
4.2 Définition de l'accompagnement socio-éducatif	14
4.2.1 Difficulté à dire sa pratique	14
4.2.2 Politique socioéducative suisse	15
4.2.3 Profil de l'accompagnant-e socio-éducatif et socio-éducative	16
4.2.4 L'intervention socioéducative	16
4.2.5 L'acte éducatif	17
4.2.6 Définition de l'accompagnement socio-éducatif	18
4.2.7 Accompagnement socio-éducatif en institution	19
4.3 Le travail d'équipe, l'équipe comme outil de travail	19
4.3.1 L'équipe différenciée du groupe	19
4.3.2 Le travail d'équipe	20
4.3.3 L'équipe pluridisciplinaire	21
4.4 Concepts d'interdisciplinarité et pluridisciplinarité	22
4.4.1 Une équipe pluridisciplinaire pour une réflexion et une collaboration interdisciplinaires	22
4.4.2 L'interdisciplinarité.....	22
4.5 La collaboration dans le travail d'équipe	23
4.5.1 Collaboration et coopération	24

4.5.2 La collaboration médico-sociale	25
4.5.3 Caractéristiques de la collaboration.....	25
5. Méthodes et instruments de récoltes de données	26
6. Analyse des données.....	29
7. Description, analyse et interprétation des résultats.....	30
7. 1. Pas de reconnaissance sans connaissance du métier d’ASE	30
7.1.1 Re-connaissance par les autres professionnel-le-s	30
7.1.2 Re-connaissance par elles et eux-mêmes.....	35
7. 2. La vision des ASE sur le secteur des soins	39
7. 3. La collaboration	42
7.3.1 Complémentarité et bénéfiques	44
7.3.2 Difficultés et Tensions.....	46
7. 4. Pratiques des ASE pour améliorer la collaboration avec leurs collègues	49
7. 5. Définition de l’accompagnement socio-éducatif par les ASE	51
7. 6. Contraintes et exigences cantonales.....	52
7.6.1 Les exigences cantonales permettent une certaine re-connaissance du métier d’ASE.....	52
7.6.2 Contraintes parfois au détriment de l’accompagnement des résidents	53
8. Conclusion	55
8.1 Proposition de réponse à la question de recherche.....	55
8.2 Apports pour la pratique professionnelle	58
8.3 Positionnement personnel face au processus de recherche.....	58
9. Liste des références bibliographiques.....	60
10. Annexes.....	63

1. Introduction

Suite au « Rapport Meyer »¹, mis à jour à la demande de la Confédération en 1997 (Zoll, 2008, p. 5), et à la signature des accords de Bologne en 1999, la Suisse réorganise son système de formation. Les formations dans les métiers du social sont particulièrement touchées, de nouvelles filières sont créées et on procède à un réaménagement des diplômes (Bohnet, 2011, p. 19). « Le 1^{er} janvier 2004, la Loi fédérale sur la Formation professionnelle (LFPr) entre en vigueur et a pour but d'harmoniser les formations fédérales dans les différents métiers» (Zoll, 2008, p. 5). Cette loi a conduit à la création et la mise sur pied de la formation initiale du Certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistant-e socio-éducatif et socio-éducative (l'abréviation ASE sera privilégiée par la suite dans ce travail de bachelor). En effet, afin de répondre aux différents besoins de l'accompagnement des bénéficiaires en institution, il a fallu articuler différentes filières de formation en travail social et depuis l'automne 2008 dans le canton de Fribourg², des ASE font leur entrée en milieu institutionnel, que ce soit auprès des personnes en situation de handicap, des enfants ou des personnes âgées.

Selon le Portail suisse de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (2014), 72 nouveaux CFC d'ASE dans les trois domaines ont été délivrés en 2013 dans le canton de Fribourg. Ce nouveau métier du domaine social vient modifier le profil des équipes professionnelles en institutions accueillant les trois types de population, et donc, la dynamique de groupe et le travail d'équipe s'en trouvent modifiés.

Il semble cependant que l'impact de ce changement se fait tout particulièrement marquant dans les établissements médico-sociaux (nous privilégierons l'abréviation EMS dans la suite de ce travail) qui emploient, jusqu'alors, en grande majorité du personnel provenant des milieux médicaux. Selon un article de Valérie Perriard et Dolores Castelli Dransart (2012), l'introduction des ASE dans les institutions pour personnes âgées semble plus complexe que dans les institutions pour personnes en situation d'handicap ou pour les enfants. Un de leurs articles mentionne que « les résultats [d'une recherche] montrent que l'identité, dans cette profession émergente, est en pleine construction et négociation » (p. 3) et qu'« au moment de l'enquête, la question qui préoccupe les directions des EMS est celle du rattachement prioritaire des ASE : au secteur des soins ou à celui de l'animation ? La place des ASE au sein des institutions pour personnes âgées semble alors encore peu définie et variable en fonction des établissements » (p. 4).

Un autre article sur le sujet de la nouvelle formation d'ASE, celui de Valérie Perriard, Dolores Angela Castelli Dransart et Véronique Zbinden Sapin (2009), expose les résultats d'une enquête (2005-2008) menée dans les cantons de Neuchâtel et Genève sur l'identité professionnelle et les enjeux de la profession d'ASE. Dans cet article, la collaboration entre ASE et équipes en place dans l'institution (touchant les trois domaines : enfants, personnes en situation de handicap et personnes âgées) y est mentionnée, bien qu'elle n'y soit qu'abordée. Il est intéressant de relever que, je cite : « les réalités professionnelles sont complexes et la délicate question de la division des compétences, tâches et responsabilités entre ASE et collègues de formation supérieure se pose avec acuité sur le terrain, révélant un enjeu d'envergure » (Perriard, Castelli Dransart & Zbinden Sapin, 2009, p. 4). De plus, les auteures ajoutent que :

« Dans la profession d'ASE, le travail d'accompagnement s'exerce donc en constante collaboration avec d'autres professionnels, relevant le travail d'équipe comme un aspect fondamental. (...) le rôle

¹ En 1995, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales CDSA forme un groupe de travail chargé d'étudier la formation de travail social du degré secondaire et tertiaire non universitaire. Dans cette étude trois niveaux de compétences sont nommés et différenciés : l'agir encadré, l'agir autonome et l'agir expert. Ces trois niveaux de compétences ont été très controversés (Zoll, 2008).

² Formation ouverte en automne 2005 à Fribourg, alors qu'en Romandie, la première formation a débuté en 2002.

de l'ASE au sein de l'équipe professionnelle semble s'apparenter à celui d'un « relais » qui, par la mobilisation d'un ensemble de ressources d'*observation*, de *communication*, de *transmission* et d'*action*, assure une fonction « d'interface » entre l'utilisateur et les autres professionnels, mais aussi entre les professionnels du domaine du social et de la santé. » (p. 4)

« Toutefois, de l'avis partagé des répondants à l'enquête, les professionnels des domaines du social et de la santé actifs sur le terrain perçoivent pour l'instant d'un mauvais œil l'arrivée des ASE sur le marché du travail. (...) Les relations entre ASE et autres professionnels semblent donc animées par des dynamiques contradictoires, à la fois de complémentarité et de concurrence, faisant de la collaboration entre ces deux groupes d'acteurs un enjeu de taille. » (p. 5)

C'est le sujet de cette collaboration des ASE avec l'équipe de professionnel-le-s dans les établissements médico-sociaux du canton de Fribourg qu'aborde ce travail de recherche. Il semblerait que cette collaboration soit complexe et probablement encore en construction, mais elle reste méconnue. En effet, peu de recherches scientifiques sur le sujet ont été faites à ce jour, probablement du fait que la profession soit récente. D'après les informations obtenues par l'ancien Directeur de l'Organisation du monde du travail, domaine santé et social (OrTra santé-social) (J-M. Fonjallaz, communication personnelle, 31 octobre 2013), aucune étude n'a été écrite en ce sens, bien que certaines réflexions sur le sujet ont déjà été faites, notamment par l'OrTra santé-social. De même, selon le Doyen de l'Ecole Professionnelle Santé-Social (ESSG) (T. Di Falco, communication personnelle, 21 octobre 2013), les écoles formatrices auraient besoin de connaître au mieux l'état de la situation quant à la collaboration à laquelle leurs apprenti-e-s devront participer. Cette prise de connaissance permettra aux formateurs et formatrices de sensibiliser au mieux leurs apprenti-e-s ASE à la réalité de terrain et à la complexité des équipes pluridisciplinaires.

Nous tenons à souligner que mieux les futur-e-s professionnel-le-s seront préparé-e-s à intégrer les équipes institutionnelles et plus à même elles et ils seront d'offrir un accompagnement de qualité optimale aux bénéficiaires.

2. Problématique

2.1 L'établissement médico-social dans le canton de Fribourg

Avant d'aborder le sujet de l'entrée des ASE en établissements médico-sociaux, il est utile de décrire brièvement ce qu'est un EMS dans le canton de Fribourg, canton qui en compte actuellement 49 (Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées [AFIPA], 01.10.2014 et Service de la prévoyance sociale du canton de Fribourg [SPS], 13.06.2014).

Bien que le site officiel de l'Etat de Fribourg indique que les EMS «sont également des lieux de vie offrant des prestations sociales, hôtelières et d'animation», la loi cantonale du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS) ne mentionne nullement l'accompagnement social qui se fait auprès des personnes résidentes en EMS. En effet, l'article 3 définit l'EMS comme tel : «institution destinée à accueillir des personnes âgées dont l'état de santé exige des soins infirmiers et une surveillance continue» et, par conséquent, le personnel accompagnant dans les EMS est en grande majorité de formation médicale³.

³ Selon les résultats publiés en 2014 par l'Office fédéral de la statistique (OFS), le nombre d'employé-e-s dans l'accompagnement des bénéficiaires dans les maisons pour personnes âgées et homes médicalisés dans le canton de Fribourg en 2012 s'élève à 2958 personnes (équivalent plein temps), et parmi elles, seules 24 personnes proviennent d'autres milieux que celui des soins, à savoir « thérapeutes et travail social diplômé ». Il s'avère que le milieu médical est surreprésenté dans les équipes en EMS fribourgeois.

Il paraît important de rappeler que le terme d' « établissement médico-social » implique que la structure devrait être un lieu médical et social, alors que dans sa loi, le canton de Fribourg ne le mentionne pas. Pourtant il s'avère qu'à l'heure actuelle les efforts visant au bien-être des résident-e-s en EMS vont bien au-delà d'une exigence médicale.

Les milieux s'attachant à valoriser la vie en EMS, que ce soit au niveau de sa définition ou au niveau de sa mission, relèvent que dans ces lieux médicalisés, le travail social auprès des personnes âgées est inhérent à l'accompagnement. Par exemple, l'Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (AFIPA, 2007) relève que :

« La mission d'un home n'est en effet pas seulement de satisfaire des besoins physiologiques de base, mais de permettre aux personnes âgées de développer leurs autres besoins sociaux et culturels. Il est constant de remarquer que les résidents avant leur entrée en institution, en raison de leur maladie et de leur solitude, ont assez souvent perdu cet élément de sociabilisation. L'EMS est un outil de poursuite (ou de reprise) du lien social et de la vie culturelle. »

Ces établissements sont non seulement des lieux où des prestations médicales sont offertes, mais aussi des lieux de vie dans lesquels l'accompagnement social joue un rôle important. Il est donc intéressant de noter que les besoins des résident-e-s sont d'ordre médical et social et que par conséquent les métiers du domaine social ont tout à fait leur place dans ces structures d'accueil. Jusqu'à récemment, seule la qualité de la relation du personnel soignant avec les résident-e-s a été prise en considération.

Comment donc le nouveau métier d'ASE qui est orienté vers un accompagnement social est accepté dans ces milieux-là ? Et pourquoi les EMS ont dû faire appel à cette nouvelle formation ? La question de l'intégration des ASE dans ces milieux médicalisés devrait intéresser vivement les professionnel-le-s du travail social, parce que les ASE deviennent en quelque sorte les pionniers des pratiques sociales au sein des EMS, pratiques encore peu fréquentes mais non moins pertinentes et probablement nécessaires aux besoins institutionnels des EMS. C'est là donc une ouverture vers de nouveaux terrains professionnels pour les travailleurs et travailleuses sociales.

Nous allons nous pencher sur la question de l'entrée récente des ASE dans les homes fribourgeois et en décrire brièvement les raisons.

2.2 Le métier d'assistant-e socio-éducatif et socio-éducative entre en EMS pour répondre aux besoins des résident-e-s, du personnel et de l'institution

En 2009, sur la base d'indicateurs externes et d'informations propres aux institutions pour personnes âgées, un projet de l'AFIPA est mis en place pour évaluer les besoins actuels et futurs des résident-e-s en EMS, des institutions et des métiers en EMS. En effet, il s'avère que les résident-e-s ont besoin, notamment avec l'introduction des directives anticipées, de plus d'informations concernant la spiritualité ou le suicide. Il y a aussi une augmentation des questions et demandes des bénéficiaires et une modification des besoins socio-culturels. Par ailleurs, un accroissement du nombre de résident-e-s issu-e-s de la migration engendre d'autres besoins et d'autres connaissances de la part du personnel. Pour finir, une demande de clarification des projets de vie ou une prise en charge par l'écoute ou l'accompagnement psychologique semble dorénavant essentiel dans les EMS (AFIPA, 2010, p. 4).

Au niveau des ressources humaines (RH), les institutions manquent de personnel compétent dans les domaines de la communication, de la résolution de conflits et de la relation d'aide. Une exigence de « compétences sociales à développer (« assistance sociale » avec les aidants familiaux), [des] besoins de plus d'accompagnement des familles, [une] augmentation des demandes, [une] plus grande orientation

clients » (AFIPA, 2010, p. 4-5) est aussi à l'ordre du jour. Pour terminer, les institutions nécessitent une « prise en charge interdisciplinaire des demandes des résidents (...) [et l'] intervention de professionnels formés en thérapie de famille » (AFIPA, 2010, p. 5).

Ce projet (AFIPA, 2010) démontre qu'une modification des équipes devient nécessaire afin de répondre aux besoins émergents en EMS et que les équipes professionnelles doivent tendre à l'acquisition de compétences complémentaires qui touchent principalement le domaine social. Bien que le projet n'aborde à aucun moment la nécessité d'introduire des métiers du social, notamment celui d'ASE, dans les murs des homes, son rapport final évoque des propositions d'actions qui mettent en évidence cette exigence. Il soutient que les EMS doivent diversifier la composition des dotations soignant-e-s et accompagnement en encourageant l'interdisciplinarité, en développant des compétences interculturelles ou en fixant une dotation minimum concernant le personnel d'animation (AFIPA, 2010, p. 1). Il ajoute surtout qu'il faudrait que les EMS, en tant qu'entreprises formatrices, forment plus d'apprenti-e-s ASE pour « garantir la relève et la qualité » (AFIPA, 2010, p. 2), ce qui confirme l'idée que les équipes à formation principalement médicale seront amenées à modifier leur composition afin de répondre aux besoins des institutions et de leurs bénéficiaires.

De plus, Avenir Social (2007) relève qu'en 2007 déjà, la Coordination interservice des visites en EMS (CIVEMS) du canton de Vaud prônait un accompagnement interdisciplinaire en EMS, accompagnement qui viendrait mieux soutenir les besoins des équipes professionnelles:

« De manière générale, tout professionnel qui intervient dans le champ humain ne peut travailler dans sa seule discipline, au risque de ne voir qu'une partie de la personne qu'il a la responsabilité d'accompagner. C'est dans l'interdisciplinarité que la définition d'une ou de plusieurs normes a le plus de chances de prendre en compte toutes les dimensions d'une personne. (...) Pour une appréhension adéquate de l'accompagnement de la personne âgée en EMS, il est important, vu la nature des professions socio-sanitaires, d'arriver à placer les pièces du puzzle des différentes compétences complémentaires de l'accompagnement en gériatrie, tant au plan de ceux qui veillent à la qualité de l'accompagnement en EMS, que de ceux qui travaillent au sein de l'EMS. » (p. 2)

Pour une meilleure qualité des prestations et afin de répondre aux exigences et besoins actuels des homes, une modification du profil des équipes est indispensable et les métiers du domaine social font peu à peu leur entrée dans les institutions pour personnes âgées. Bien que les éducateurs et éducatrices sociales n'aient pas encore accès à ces institutions, les animateurs et animatrices socio-culturelles, ainsi que les ASE, – nouvellement formé-e-s – font dorénavant partie du personnel en EMS. Elles et ils doivent donc s'intégrer dans les équipes, collaborer avec le personnel et la direction en place, mais par-dessus tout faire reconnaître leurs compétences et leur fonction.

Comme indiqué plus haut, selon l'enquête de Perriard, Castelli Dransart et Zbinden Sapin (2009), le rattachement des ASE au domaine des soins ou à celui de l'animation préoccupe les directions des établissements médico-sociaux. Leur place est « encore peu définie et variable en fonction des établissements » (p. 4). Il semble que leur fonction soit encore peu connue et que donc les directions ont de la peine à savoir si la mission et les compétences des ASE seront le plus adaptées au secteur des soins ou à celui de l'animation. Ce qui est sûr cependant, c'est que leur logique professionnelle n'est pas identique à celle des soignant-e-s ou à celle des professionnel-le-s de l'animation. C'est un métier différent et il ne devrait pas y avoir d'amalgame entre les différents métiers.

2.3 Brève esquisse du métier d'ASE

Mais qui sont ces professionnel-le-s nommé-e-s assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives ? Quelles compétences et savoir-faire apportent-elles et ils au sein des EMS ? Comment viennent-elles et ils compléter l'équipe et quel est leur rôle professionnel ?

Ni l'ordonnance sur la formation professionnelle des ASE du canton de Fribourg (2005), ni le portail suisse de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière (2013) ne citent des compétences spécifiques aux ASE en EMS. Ils mentionnent certes des compétences liées au métier d'ASE, mais se réfèrent au métier dans les trois domaines, soit handicap, enfance et personnes âgées, sans différencier les compétences spécifiques nécessaires à chaque population. La fédération genevoise des établissements médico-sociaux (fegems) par contre le fait clairement en différenciant les descriptif-métiers des ASE selon la population avec laquelle elles et ils travaillent. Nous choisirons donc de nous y référer. Selon le descriptif-métier de la fegems (2010), l'ASE en établissement médico-social a pour mission de participer à la prise en charge globale de la résidente et du résident et elles et ils « contribue[nt] au bien-être, à l'autonomie et au maintien identitaire de la personne dans le respect de tous ses besoins personnels et sociaux ainsi que de sa qualité de vie dans un climat de confiance, convivial, stimulant et rassurant » (p. 1). Par la suite, nous aborderons plus en détail le métier d'ASE, afin de mettre en évidence la complémentarité et le soutien social que les assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives viennent apporter aux collègues et aux résident-e-s et de différencier leur qualité professionnelle de celle de leurs collègues.

2.4 Le nouveau visage des équipes de professionnel-le-s dans les EMS, entre métier du social et métier du médical : De la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité

Comme mentionné plus haut, les équipes professionnelles œuvrant en EMS se doivent de modifier leur composition afin d'acquérir de nouvelles compétences qui répondent aux besoins institutionnels et des résident-e-s. L'introduction des ASE dans les EMS donne un visage social aux équipes et par conséquent elles deviennent pluridisciplinaires, étant donné que différentes disciplines –médicales et sociales– doivent dorénavant soutenir l'accompagnement des résident-e-s. Pourtant il est évident que dès lors que les membres de l'équipe collaborent afin d'améliorer la qualité des prestations, il s'agit non plus d'une juxtaposition des disciplines, mais bien plus d'une interaction entre ces dernières, ce qui nous amène à considérer que les équipes en EMS tendent bien plus vers une interdisciplinarité que vers une pluridisciplinarité. Une collaboration interdisciplinaire devient nécessaire pour que chaque professionnel-le soit reconnu-e et que la prise en charge de la résidente et du résident soit globale et optimale. Il semble évident que la pratique professionnelle des ASE requiert une certaine adaptation de l'équipe, ce qui ne se fait pas sans tensions et questionnements, pourtant les interrelations entre professionnel-le-s sont complexes et de ces dernières dépendent le bon fonctionnement de l'équipe, ainsi que la qualité des prestations aux bénéficiaires.

Dans une recherche de définition d'un concept qui correspond au mieux à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en France, Xavier de la Tribonnière et Rémi Gagnayre (2013) s'attachent à définir un concept qui correspond à leur pratique et soulignent l'importance de l'interrelation dans l'équipe:

« La nature des relations qui sont développées entre les disciplines varie de la simple juxtaposition (pluridisciplinarité) à l'intégration (transdisciplinarité), en passant par l'interaction (interdisciplinarité). L'interdisciplinarité est préférée à l'interprofessionnalité en raison des disciplines médicales et sociales qui se côtoient dans une équipe hospitalière. Si l'interdisciplinarité offre de nombreux bénéfices pour le patient et les soignants, elle n'en présente pas moins un certain nombre de risques. (...) Si l'interdisciplinarité est le concept le plus adapté à la description de la pratique de l'ETP en équipe, il n'en existe pas moins, du fait de l'hétérogénéité des temps éducatifs et des modes de fonctionnement de chacun, un continuum entre mono, pluri, inter et

transdisciplinarité. (...) L'enjeu en est la possibilité d'améliorer le fonctionnement des équipes de soins » (p. 163).

Afin de travailler dans un même but de façon sereine, une bonne collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire devient une condition du travail en équipe. Roger Mucchielli (2013) s'est intéressé à la question du travail en équipe et il aborde l'homogénéité et l'hétérogénéité dans l'équipe, tous deux sources de force, ou au contraire, de tensions. Selon lui, « le groupe doit travailler ensemble à des solutions mutuellement définies plutôt que prédéterminées. Si le groupe n'est qu'un agrégat d'individus sans interactions, il n'y aura que peu d'efforts » (p. 33). Mucchielli (2013) soutient que l'homogénéité des membres de l'équipe – notamment au niveau de la culture et des cadres mentaux de référence – est facteur de coopération et efficacité, et que, par contre, l'hétérogénéité des compétences est facteur de richesse des échanges et d'une division efficace des rôles. Il ajoute que la complémentarité des interventions est amplifiée et donc améliorée lorsque les qualifications des membres de l'équipe diffèrent (p. 49). La reconnaissance mutuelle et l'homogénéité du groupe sont donc des conditions pour un certain confort dans le travail en équipe et elles devraient aussi permettre une identification de ses propres limites et de sa propre logique professionnelle.

Selon la CIVEMS (Avenir Social, 2007), « vivre l'interdisciplinarité exige de chaque professionnel la reconnaissance des limites de son champ de compétences et la reconnaissance des compétences de ou des autre(s) professionnel(s). Ce, d'autant plus que les frontières ne sont pas hermétiques. Des superpositions de champs sont inévitables par la nature même de l'action (...) Etre à l'aise dans son identité, c'est se donner des moyens de ne pas craindre l'autre professionnel, et de ne pas céder à une tentation de polyvalence pour effacer le rôle de l'autre. Avoir quelques connaissances dans un domaine proche du sien ne signifie pas que l'on est interchangeable. »

2.5 La collaboration dans l'équipe : Pour une équipe et une dynamique saines

Une saine collaboration interdisciplinaire vise à favoriser la qualité de l'accompagnement et la qualité des ressources humaines. Les enjeux d'une telle collaboration sont de taille et soulèvent des questionnements quant à la mise en place et la mise en œuvre d'une équipe médico-sociale en EMS.

Il est à l'heure actuelle intéressant et porteur de sens d'évaluer comment les ASE intègrent ces milieux à prépondérance médicale, comment elles et ils y collaborent afin de faire valoir leurs compétences et qualifications, mais surtout comment elles et ils y collaborent pour l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s.

Comme indiqué dans l'introduction, les études faites sur le sujet de la collaboration quotidienne entre ASE et équipe en EMS sont pour le moment inexistantes, probablement du fait que le métier est nouveau et donc la collaboration et les questionnements encore en construction. Dans ce travail, nous allons mettre en évidence la collaboration des ASE avec leurs collègues. Nous allons interroger ces professionnel-le-s ASE qui travaillent dans les EMS du canton de Fribourg et relever les éventuelles difficultés et forces qui naissent de leur collaboration interdisciplinaire dans l'accompagnement socio-éducatif principalement.

3. Question de recherche et objectifs de la recherche

3.1 La question de recherche

Pour ce faire, nous poserons la question :

Comment les assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives qui travaillent en établissements médico-sociaux fribourgeois collaborent au quotidien avec l'équipe professionnelle pour l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s ?

3.2 Les objectifs de la recherche

Nous avons choisi quatre objectifs se rapportant à cette question, objectifs qui guideront l'élaboration de ce travail et permettront, en conclusion, de proposer une réponse à cette dernière. Les objectifs de la recherche sont les suivants :

3.2.1 Comprendre quelle(s) définition(s) les ASE travaillant en EMS ont de l'accompagnement socio-éducatif sur leur lieu de travail.

3.2.2 Définir quelles pratiques sont mises en place par les ASE en EMS pour collaborer de manière optimale avec les professionnel-le-s, notamment du milieu médical, dans l'accompagnement socio-éducatif.

3.2.3 Comprendre, du point de vue de ces mêmes professionnel-le-s, les avantages d'une collaboration interdisciplinaire dans l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s.

3.2.4 Comprendre les difficultés engendrées par la collaboration dans l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s.

4. Quelques concepts clefs

4.1 Le métier d'ASE en EMS

Comme ce travail de bachelor s'attache à décrire la collaboration des assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives en établissement médico-social, nous nous sommes questionnée tout de suite sur la différenciation quant aux spécificités des compétences développées par les apprenti-e-s ASE durant leur formation en école, parce qu'il nous semblait évident qu'elles devaient être nuancées en fonction de la population auprès de laquelle les futur-e-s professionnel-le-s seront amené-e-s à travailler. D'après les informations obtenues auprès d'un enseignant de l'Ecole Professionnelle Santé-Social ESSG, aucune différenciation n'est faite durant la formation, si ce n'est sur les lieux de la pratique, que ce soit dans les institutions (trois jours hebdomadaires) ou durant les semaines de cours interentreprises (20 jours sur trois ans d'apprentissage). En effet, le cursus de formation en école ne différencie pas les apprenti-e-s en

fonction de leur choix de domaine et les classes sont composées des apprenti-e-s de tous trois domaines (L. Fasel, communication personnelle, 15 octobre 2014).⁴

Nous décrivons donc le métier d'ASE sans faire de distinction entre les différents domaines d'activité.

4.1.1 D'un point de vue légal

Pour décrire le métier d'ASE, ainsi que les compétences requises pour ce métier – sans distinction entre les domaines de pratique –, nous nous référons dans un premier temps à l'Ordonnance sur la formation professionnelle initiale d'assistante socio-éducative/assistant socio-éducatif du 16 juin 2005. Toutefois, avant d'entrer en matière, nous tenons à signaler notre étonnement face à la traduction allemande des termes d'assistant-e socio-éducatif et socio-éducative : Ils sont traduits par Fachfrau Betreuung/Fachmann Betreuung, ce qui, à notre avis, distingue la qualification même du métier. En effet, en allemand il s'agit bien d'un ou une spécialiste (Fachfrau, Fachmann) et non pas d'un ou d'une assistant-e, et la terminologie Betreuung se réfère à l'accompagnement tandis qu'en français il est spécifié dans quel domaine, soit le socio-éducatif.

Alors qu'en allemand le terme de « spécialiste » paraît moins équivoque, il est très intéressant de faire remarquer que le terme d'assistant-e socio-éducatif et socio-éducative porte à confusion en français. En effet, ces professionnel-le-s assistent, mais qui assistent-elles et ils ? Assistent-elles et ils les autres professionnel-le-s ou les bénéficiaires ? Pour beaucoup, les ASE assistent leurs collègues dans les tâches quotidiennes, pourtant si on s'en réfère à l'Ordonnance sur la formation professionnelle, il est dit qu'«ils accomplissent leur travail de façon autonome dans le cadre des compétences qu'ils ont acquises» (p. 2). Par conséquent, comme elles et ils agissent de façon autonome en tant qu'expert-e-s du quotidien, nous considérerons que les ASE assistent les bénéficiaires et ne sont donc pas les assistant-e-s des collègues de leur équipe professionnelle.

Nous allons énoncer les principales tâches liées au cahier des charges de la ou du ASE et pour ce faire, nous nous référons à l'Ordonnance de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (2005) qui arrête que:

« Les assistants socio-éducatifs se distinguent par les activités suivantes :

- a. Ils encadrent des personnes de tout âge présentant ou non un handicap physique, mental, psychique ou social, dans leur vie quotidienne et pendant leurs loisirs.
- b. Ils les guident, les aident et les encouragent, en fonction de leurs besoins individuels et de la période de la vie qu'elles traversent, à développer ou à conserver leur autonomie.
- c. Ils travaillent avec des particuliers et des groupes et exercent leur activité professionnelle dans des institutions pour enfants, pour jeunes en âge scolaire, pour personnes handicapées et pour personnes âgées.
- d. Ils accomplissent leur travail de façon autonome dans le cadre des compétences qu'ils ont acquises» (art.1, alinéa 2, p. 1-2).

Dans cette Ordonnance (2005), les compétences sont répertoriées selon trois catégories de savoirs professionnels, c'est-à-dire, le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Premièrement, selon l'art. 5, les

⁴ Le plan de formation relatif à l'ordonnance sur la formation initiale d'assistante socio-éducative/d'assistant socio-éducatif du 16 juin 2005 énonce quand même quelques objectifs spécifiques aux ASE souhaitant travailler auprès des personnes âgées. Nous aurons l'occasion de nous y intéresser plus loin dans ce travail.

compétences professionnelles, liées principalement au savoir, sont les suivantes : « a. Travail avec les personnes accompagnées: 1. accompagner et aider une personne ou un groupe dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie; 2. encourager les personnes accompagnées à participer à la vie sociale et culturelle; 3. promouvoir le développement et l'autonomie des personnes accompagnées. [Puis,] b. Exercice du rôle professionnel et collaboration: 4. connaître son rôle professionnel et l'assumer avec compétence; 5. participer à la planification, à la préparation et à l'évaluation d'activités adaptées aux besoins et aux capacités des personnes accompagnées. [Et pour terminer] c. Connaissance de l'institution et du contexte: 6. tenir compte du cadre de travail propre à l'entreprise, recourir aux techniques de travail et aux outils professionnels généralement utilisés; 7. connaître le cadre, la mission et le contexte sociopolitique de l'institution» (p. 3).

Ensuite, l'art. 6 décrit les compétences méthodologiques, particulièrement liées au savoir-faire: « a. techniques de travail; b. approche et action interdisciplinaires axées sur les processus; c. stratégies d'apprentissage; d. flexibilité; e. pensée systémique» (p. 3).

Et enfin, les compétences sociales et personnelles énoncées dans l'art. 7 sont fortement liées au savoir-être : « a. autonomie et responsabilité; b. discrétion; c. empathie; d. apprentissage la vie durant; e. aptitude à la communication; f. capacité de gérer des conflits; g. aptitude au travail en équipe ; h. civilité et présentation adaptée à la situation; i. résistance physique et psychique » (p. 3-4).

Cette Ordonnance sur la formation professionnelle initiale d'assistante socio-éducative/assistant socio-éducatif (2005) fait référence lorsqu'il s'agit de décrire le métier d'ASE, mais nous tenons à signaler que d'autres organismes qui s'attachent à valoriser le métier d'ASE – tels que l'Association des homes et institutions sociales suisses Curaviva ou Avenir Social – en font eux aussi des descriptions similaires et quelque peu plus séduisantes.

Nous avons relevé plus haut que le qualificatif « assistant-e » pour énoncer le métier d'ASE porte à confusion, et nous allons maintenant nous attacher à une autre difficulté rencontrée lors de notre recherche de description du métier d'ASE.

4.1.2 L'agir encadré

Selon l'inventaire des divers profils de formation dans le domaine social d'Avenir Social (2010), le rapport Meyer, Hodel et Ludi (1997) intitulé « Formation de travail social du degré secondaire II et du degré tertiaire non universitaire » émet l'idée de niveaux de compétences différents: l'agir encadré, qui correspond au Certificat fédéral de capacité (CFC), l'agir autonome, qui correspond au niveau Ecole supérieure (ES) et l'agir expert (qui concerne le niveau Haute école spécialisée (HES) (p.2). Il y est clairement dit que les ASE agissent de manière encadrée, cependant il nous a été très difficile de trouver la définition de cet « agir encadré ». S'agit-il donc de conférer moins de responsabilités aux ASE ou alors moins d'autonomie ? Agissent-elles et ils sous supervision ? Le terme « encadré » se réfère-t-il au fait qu'elles et ils sont uniquement concerné-e-s par le niveau micro de l'action, donc par l'accompagnement et le suivi dans le quotidien ? Il existe, selon la hiérarchisation du travail social, une différence au niveau de la division du travail puisque leurs collègues de niveau Ecole supérieure doivent intégrer des éléments au niveau micro et méso (organisation, gestion, projet pédagogique), tandis que les professionnel-le-s de profil HES doivent agir de surcroît au niveau macro (recherche et développement, travail politique) (Avenir Social, 2010). Nous tenons cependant à répéter que nous n'avons pas trouvé de définition de l'agir encadré qui catégorise les ASE alors qu'il nous semblait sensé de comprendre cette notion.

Il est aussi très intéressant de constater que la notion de quotidien revient souvent dans tout profil d'ASE, dans la formation initiale d'ASE, et que les compétences requises pour ce métier sont étroitement liées à l'accompagnement au quotidien. Ces professionnel-le-s sont formellement perçu-e-s comme des spécialistes de l'accompagnement du quotidien. Effectivement, toujours selon l'inventaire des divers profils de formation dans le domaine social de Avenir Social (2010), « pour ce qui concerne l'accueil et l'accompagnement des usagers et usagères dans le quotidien, la personne en possession d'un CFC d'ASE doit assurer le suivi et l'accompagnement dans le quotidien de manière autonome » (p. 6) ou encore « au regard de l'aperçu des spécificités de chacun des domaines, on pourrait déduire que les personnes avec un CFC sont les spécialistes de l'accompagnement du quotidien » (p. 8). Nous allons maintenant nous pencher sur la question du quotidien, parce que comprendre et décrire le quotidien dans un cadre professionnel nous permettra de mieux conceptualiser l'accompagnement socio-éducatif des ASE.

4.1.3 Les expert-e-s du quotidien

Quels sont donc les enjeux de l'accompagnement socio-éducatif offert par les assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives lorsqu'elles et ils agissent en tant qu'expert-e-s du quotidien ? Que signifie donc ce quotidien ? Le quotidien est « ce temps où ce qui est passé et ce qui va se passer, sont mêlés à ce qui se passe. » (Rouzel, 2007, p. 90) ou encore « quotidien fait de dimensions multiples, comme les nombreuses tâches du monde domestique, sans oublier tout ce qui a trait au senti, à l'ambiance, au partage. Le quotidien comme « terrain » central d'intervention, terrain formalisé par des règles du vivre ensemble mais aussi lieu de vie, lieu de contact, de mise en scène des accords et désaccords, de rythmes à harmoniser, de proximité et de tensions » (Libois, 2013, p. 61).

Joseph Rouzel (2007) dans son ouvrage intitulé « Le quotidien en éducation spécialisée » explique très bien comment s'exprime toute la profondeur de l'acte éducatif dans la vie quotidienne: « La dimension du quotidien est centrale, puisqu'on y travaille dans le quotidien, mais surtout avec le quotidien, dans toutes ses dimensions, de routine mais aussi de surprise. (...) L'approche du quotidien à travers le soin, l'accompagnement, l'aide, les diverses activités, est une technique de haut niveau dans le social et le médico-social » (Rouzel, 2007, en ouverture XX). En effet, les ASE, en tant qu' « expert-e-s du quotidien » « partagent avec [les résident-e-s et les collègues] diverses situations spontanées ou suscitées de la vie quotidienne, soit au sein d'un établissement ou d'un service, soit dans le milieu naturel de vie, par une action continue et conjointe et avec le milieu » (Formation d'Éducateurs Sociaux Européens, 1995). Le quotidien, trop souvent perçu comme négatif parce que souvent envisagé comme une suite d'actes répétés chaque jour de manière automatique, se crée au fur et à mesure de l'action. Il s'avère que rien n'est joué d'avance, à moins que la et le professionnel-le ne se désengage de son moment présent ; elle et il a l'occasion d'investir le déroulement de la journée, et de s'y investir, pour que le quotidien lui apporte découvertes, étonnements et opportunités d'action. Chaque acte posé doit se faire dans la présence et de manière réfléchie. Chaque « petit rien du quotidien » est matière à l'action socio-éducatif et, en plus, l'ASE, comme tout-e travailleur et travailleuse sociale, doit pouvoir être capable de dire sa pratique, « condition nécessaire à la reconnaissance de la pratique professionnelle » (Libois, 2013, p. 68). Nous ajouterons que « dire son travail, lorsqu'il convoque sa subjectivité et les dimensions fragiles de l'autre, relève d'un exercice extrêmement délicat » (Libois, 2013, p. 68).

Bien sûr, pour toute pratique professionnelle dans le quotidien, les ASE doivent tenir compte des trois niveaux d'influence porteurs d'enjeux majeurs, soit le niveau environnemental (la loi, les politiques sociales, les services sociaux, etc.), le niveau institutionnel (les valeurs, les concepts, le système qualité) et enfin le niveau individuel (la ou le résident-e, son réseau primaire et secondaire, la conceptualisation et la réalisation de son projet personnalisé) qui viennent se greffer à son activité (Agthe, 2013), mais ces limites

sont d'autant plus d'occasions de travailler sur la marge de manœuvre dont elles et ils disposent. En effet, la marge de manœuvre devient ainsi elle aussi centrale à l'action d'accompagnement au quotidien et relève toute la complexité du métier. En plus des contraintes énoncées, les ASE doivent compter sur les imprévus, que bien entendu, il n'est possible de « gérer » ; par conséquent, elles et ils doivent avoir les ressources nécessaires pour s'y adapter. Dans les métiers de l'humain plus que dans tout autre métier, le développement de l'activité est co-construite entre deux subjectivités, entre soi et l'autre, et l'action ne peut être attendue ou prescrite. Comme le dit clairement Jobert (1999), « en vérité, la façon dont les travailleurs « se débrouillent » en situation, inventent pour réussir ce qui leur est confié, parviennent à « tenir » malgré les contraintes, parfois terribles, qui pèsent sur eux, cet ensemble constitue une véritable énigme, que les formateurs comme les managers sont réticents à approcher » (p. 211-212).

Les ASE doivent aussi rester lucides face à la dynamique relationnelle naissant de l'interrelation entre la et le résident-e et la et le professionnel-le et être en mesure de conscientiser l'impact de la résonance des événements sur leur personne (écho des ressentis liés en général au parcours de vie) et des émotions ressenties lors de l'accompagnement afin d'être en mesure d'offrir un accompagnement objectif et en adéquation avec les besoins de la personne. Malgré tous les aléas du quotidien, l'investissement physique et émotionnel exigeants, elles et ils doivent être capables de maintenir le lien avec l'entourage, les bénéficiaires surtout. En effet, comme le relève Joëlle Libois (2013), « l'identité du travailleur social, quel que soit son niveau de formation, est fondée centralement sur la capacité à maintenir le lien là où celui-ci fait défaut » (p. 13). Relevons encore qu'il faut également prendre en compte l'impact de l'environnement comme barrière ou facilitateur, l'impact de la dynamique de groupe et de collaboration (réactions des collègues : soutien ou critiques, cohérence d'intervention ou conflit de valeurs, attitude constructive) sur l'action d'accompagnement socio-éducatif qu'offrent les ASE à leurs bénéficiaires.

Pour terminer, nous rappelons que le quotidien se tisse au fil des minutes et il se fait par plusieurs artisans. L'action entreprise par les ASE se crée au fur et à mesure de la journée, et elle est dépendante de son interaction avec l'autre, que ce soit un ou une collègue, que ce soit un ou une résident-e. Chaque acte posé, chaque décision prise est le résultat d'une interaction, nous dirions même d'une interrelation, et requiert une pratique réflexive assidue sur les prestations offertes.

Nous avons décrit les compétences et les tâches des ASE en institutions, nous avons mis en évidence nos questionnements face à ce métier, notamment les tensions entre l'agir encadré de professionnel-le-s spécialistes du quotidien et agissant de façon autonome, et nous souhaitons maintenant nous attacher à décrire le concept d'accompagnement socio-éducatif, qui ne relève ni de l'accompagnement social, ni de l'accompagnement éducatif, et encore moins de l'intervention socio-éducative.

4.2 Définition de l'accompagnement socio-éducatif

4.2.1 Difficulté à dire sa pratique

Afin de contextualiser ce travail et de comprendre ce qu'on entend par accompagnement socio-éducatif, nous allons chercher à définir ce concept. Cela nous permettra d'une part de ne pas nous éloigner du sujet principal de ce travail de bachelor, soit la collaboration interdisciplinaire des ASE pour l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s, et d'autre part, cela permettra de vérifier si la définition commune aux diverses sources littéraires est semblable à celle des personnes qui participeront à l'enquête (correspond au premier objectif de la recherche). Nous tenons à signaler que nous avons eu beaucoup de difficultés à trouver une définition de l'accompagnement socio-éducatif. En effet, nous avons maintes fois retrouvé des

définitions de l'accompagnement social ou de l'accompagnement éducatif, ou alors des définitions de l'intervention socio-éducative, souvent liée à une population de mineur-e-s, mais pas aux personnes âgées. Nous avons interrogé des apprenti-e-s ASE pour qu'elles et ils nous donnent une définition qu'elles et ils auraient reçue dans le cadre de l'école, mais sans succès. Nous avons aussi interrogé un enseignant qui s'implique beaucoup pour la reconnaissance du métier d'ASE, mais là encore, aucune réponse claire et aucune source transmise.

Il semble que, à l'instar d'autres professions du domaine social, les ASE et les personnes concernées par ce métier – enseignant-e-s des apprenti-e-s ou auteur-e-s de différents articles spécialisés comme CURAVIVA ou Avenir Social – ont de la peine à dire la pratique d'un ou une ASE dans l'accompagnement socio-éducatif. Il nous semble relevant, qu'une fois encore, les acteurs et actrices impliqué-e-s dans le champ de la professionnalisation sociale ont de la difficulté à définir l'innommable dans les métiers de l'humain, dans lesquels, le scientifique et l'objectivité sont constamment en porte-à-faux avec la subjectivité et l'inexplicable. Comment décrire une subjectivité vécue ? Comment dire le non-prescrit ? Et comment exprimer la marge de manœuvre dans laquelle l'action se pose dans le quotidien ? « Le social n'est pas soluble dans les logiciels, il requiert d'abord et avant tout un sens éthique, pour tout dire un sens civique » (Chopart, 1997, cité par Brichaux, 2006). La rareté des travaux relatifs à l'accompagnement socio-éducatif atteste de « la dimension constitutive de l'inénarrable et de l'indicible dans l'intervention sociale » (Soulet, 1997, p. 9). Comme le dit aussi Rouzel (2007), « le quotidien, très souvent, ça ne laisse pas de trace » (en ouverture XIX). Un article de Jean Brichaux (1999) dans une revue espagnole explique qu'entre les savoirs de formation et les savoirs professionnels se produit une discontinuité, voire une rupture. Il y est encore expliqué qu'une fois encore nous nous trouvons au centre du débat entre théorie et pratique et qu'il serait nécessaire de définir un espace transactionnel dans lequel l'intervenant-e prend conscience de la profondeur de l'activité, qu'elle et il reconnaisse la diversité et la complexité des situations sociales et éducatives qui réclament d'autres connaissances que celles du bon sens.

Nous avons donc choisi de nous approcher du concept d'accompagnement socio-éducatif par différents biais, en articulant différentes définitions qui peuvent rendre compte du travail quotidien accompli par les ASE en institution.

4.2.2 Politique socioéducative suisse

Tout d'abord, nous souhaitons nous interroger sur la politique socioéducative suisse qui devrait être le souffle premier de l'accompagnement socio-éducatif. Cependant, mis à part le site officiel de l'Etat de Vaud qui donne une brève définition de la politique socio-éducative: « Un Etat responsable, optimalise l'utilisation de ses ressources, maîtrise ses interventions et facilite leur lisibilité. Il favorise l'épanouissement de chacun et alloue notamment des ressources pour prendre soin des plus faibles de ses membres, en visant à les restituer dans leur autonomie et leur responsabilité. C'est dans cet esprit que se définit et se met en œuvre la politique socioéducative cantonale » (Etat de Vaud, 2006), nous n'avons trouvé que peu d'informations sur la politique socioéducative des aîné-e-s, ou du moins de la population en général, et nous nous sommes rendu compte que la majorité des textes étaient en lien avec la population des mineur-e-s.

Devant cette difficulté, nous nous sommes tournée vers Avenir Social. Cette dernière nous a répondu que la section Fribourg n'était plus active et qu'il fallait se renseigner auprès du canton (Emilie Graff, communication personnelle, 17 novembre 2014). Nous nous sommes donc adressée au canton de Fribourg qui nous a répondu qu'« il n'y a pas de politique socio-éducative unique », et qui nous a conseillé de nous

intéresser plus particulièrement à une politique de la vieillesse (Madeleine Ackermann, communication personnelle, 21 novembre 2014), ce que nous avons fait.

En 2010, la Confédération a enquêté pour rendre compte de ce qui avait été mis en place par les cantons en matière de politique de la vieillesse. Il en ressort que « le rapport [de l'enquête] dresse un bilan positif et plaide en faveur d'une politique de la vieillesse axée sur les ressources et le potentiel des personnes âgées. Il s'agit de promouvoir la participation des personnes âgées à la vie économique et sociale, leur autonomie, notamment leur capacité à subvenir elles-mêmes à leurs besoins, et à décider et agir elles-mêmes. Le rapport formule des lignes directrices stratégiques correspondant à ces objectifs : prendre en compte la diversité des situations de vie et des besoins, exploiter le potentiel de travail des personnes âgées et le caractère transversal du thème de la politique de la vieillesse » (Martin, M., Moor C. & Sutter C., 2010).

Une politique socioéducative claire pour la personne âgée semble faire défaut, mais ne porte pas préjudice à notre travail de recherche, étant donné que nous pouvons tout de même nous approcher de l'accompagnement socio-éducatif via d'autres biais, comme via les textes liés à la formation d'assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives. Nous avons déjà détaillé plus haut ce que l'Ordonnance de formation professionnelle d'ASE relevait comme tâches à accomplir par l'ASE dans le cadre de son travail, et nous avons donc déjà nommé les actions posées par les ASE dans l'accompagnement socio-éducatif auprès des bénéficiaires, mais nous souhaitons les compléter par la description du profil d'ASE.

4.2.3 Profil de l'accompagnant-e socio-éducatif et socio-éducative

Selon l'association faîtière nationale des homes et institutions sociales, Curaviva (2014), l'accompagnement socio-éducatif des ASE consiste « entre autres [au] soutien lors de la toilette et des repas ainsi qu' [à] l'accompagnement dans des situations particulières. Les assistants/tes socio-éducatifs/ves organisent le quotidien dans l'institution, mettent sur pied des activités créatrices et des manifestations en impliquant les personnes en fonction de leurs possibilités. Ils/elles reconnaissent les ressources et le potentiel des personnes prises en charge et encouragent, resp. s'efforcent de maintenir leur développement et leur autonomie. Le travail en équipe et la communication jouent un rôle important».

Ce profil est bref et il ne donne pas les enjeux de l'accompagnement socio-éducatif. Il expose les tâches et quelques compétences importantes dans le métier, mais comme nous l'avons vu plus haut dans le chapitre dédié à décrire les enjeux du quotidien, la pratique professionnelle quotidienne des ASE est bien plus étoffée et complexe. Ce profil ne suffisant pas, nous continuons notre recherche afin de nous approcher d'une définition de l'accompagnement offert par les intervenant-e-s sociales et sociaux en EMS.

4.2.4 L'intervention socioéducative

Nous avons trouvé des définitions de l'*intervention* socioéducative (souvent liée à la protection des mineur-e-s), non pas de l'*accompagnement* socioéducatif, ce qui, à notre avis, implique une grande différenciation au niveau de la vision de l'action. Cependant, nous trouvant dans une impasse quand à une définition claire de l'accompagnement socio-éducatif, nous l'avons déconstruit afin de nous le représenter au mieux. Nous définirons donc dans un premier temps le concept d'accompagnement, puis celui de l'intervention socioéducative.

Accompagnement

La littérature définissant le mot « accompagnement » est rare, probablement à cause de la difficulté à le définir. Selon les ouvrages de Maëla Paul (2002, 2004), la notion d'accompagnement ne peut servir de concept à elle seule, c'est pourquoi on en est venu à qualifier toutes ces formes de « nébuleuses » (Paul, 2002). On peut toutefois relever qu'accompagner signifie se joindre à quelqu'un-e, pour aller où elle ou il

va, en même temps qu'elle ou lui. Donc l'accompagnement s'étend sur trois dimensions, soit, relationnelle sur le mode d'une jonction ou d'une connexion (se joindre à), temporelle sur le mode de la synchronicité (être avec en même temps) et enfin spatiale sur le mode d'un déplacement (pour aller où elle et il va) (Paul, citée dans Carriérologie, s.d.). Dans ce travail, nous choisirons la définition suivante parce qu'elle nous paraît pertinente et nous y retrouvons les postulats que nous abordons tout au long de ce travail, notamment les concepts de bénéficiaire-acteur et actrice, de médiation et de collaboration: L'accompagnement peut être défini comme « un processus visant à l'autoformation collaborative où la personne accompagnée est auteure de sa démarche, déconstruit et reconstruit ses savoirs au travers de médiations multiples» (Paul, 2009).

Intervention

Si on cherche à définir le mot intervention, il ne s'agit non plus de l'idée de compagne ou compagnon qui fait avec, comme il est le cas pour l'accompagnement, mais de l'idée de se glisser entre pour agir. Selon Yves Lenoir et al. (2002), « il ne fait aucun doute, de nos jours, que l'usage du terme "intervention" se soit largement répandu, dans les professions humaines et sociales tout particulièrement. Il exprime, ainsi que le soulignent Néglise et Zúñiga (1997), «une catégorie générale synthétique regroupant des perspectives, des états d'esprit, des manières de penser et de faire contemporaines qui généralisent et modulent de plus en plus de pratiques qui se dénommaient – et se dénomment encore au besoin – aider, conseiller, former, assister, supporter, soigner, adapter, insérer, animer, diriger, aviser, surveiller, prendre en charge». Ainsi est-il permis, d'après Couturier (2001), d'en retrouver l'emploi chez les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les policiers, les avocats, les professionnels de la communication, les économistes, les psychologues, les sociologues, ... et chez les enseignants. Le mot définit à la fois le rôle social (des intervenants) et l'action des professionnels » (p. 5).

Dans les métiers du relationnel, par intervention, on entend l'idée d'une action qui vient modifier un système. Intervenir, c'est venir entre, s'interposer, s'insérer, bref poser une action en vue de changer quelque chose chez quelqu'un-e, voire résoudre un problème chez autrui. Mais surtout, « il faut donc reconnaître que toute intervention est une activité interactive qui constitue une intrusion de la part d'un intervenant ou d'une catégorie d'intervenants dans la vie d'un ou de plusieurs êtres humains » (Lenoir et al., 2002, p.3).

4.2.5 L'acte éducatif

Rouzel (2007) s'attache à définir l'acte éducatif. Dans un premier temps, il relève le fait que l'acte et l'action émanent tout autant de l'intervenant-e que de la ou du bénéficiaire (p. 62). En effet, comme nous l'avons mentionné plus haut dans le texte, l'action naît de l'interrelation et de l'interaction entre deux (ou plusieurs) personnes. Sans vis-à-vis, pas d'acte à poser, pas d'action à envisager. Tout projet institutionnel demande d'ailleurs à ce que la et le bénéficiaire soit au centre de son projet, qu'elle et qu'il en soit l'acteur et l'actrice principale. Cette ambiguïté pose souvent question aux travailleurs et travailleuses sociales. Comment mettre en place une action que je décide alors que la personne que j'accompagne au quotidien devrait rester la et le premier décideur ou décideuse de l'acte à poser ? L'acte éducatif devient affaire de tous et toutes – accompagnant-e et accompagné-e –, et en même temps la question de la responsabilité reste partagée.

Par contre, il est certain qu'aux intervenant-e-s sociales et sociaux appartient la responsabilité de la médiation au quotidien, médiation qui devrait offrir des espaces de rencontres et qui devrait donner des occasions de changement de la situation de la personne accompagnée et par conséquent l'opportunité d'un mieux-être (Rouzel, 2007, p. 62-65). Enfin, « s'il y (a) acte de l'éducateur c'est dans ce dédoublement de l'agir et de l'action qu'il se profile. Mais ce n'est que dans un effet d'après-coup, qui relève d'une élaboration de sens, que l'éducateur peut mesurer ce qui dans son action a permis qu'un sujet se déplace,

qu'il ne soit plus tout à fait le même. Alors l'acte éducatif relève d'une sorte de création commune» (Rouzel, 2007, p. 64).

4.2.6 Définition de l'accompagnement socio-éducatif

En prenant appui sur plusieurs articles, notamment celui de Jean Brichaux (2006) qui traite du travail socio-éducatif, et celui de Hélène Milova (2006) qui traite des pratiques socio-éducatives, nous esquisserons une définition de l'accompagnement socio-éducatif. L'accompagnement socio-éducatif, via l'intervenant-e, vise à la transformation et/ou l'autonomie de la personne accompagnée, touche à son identité parce que ce qui s'y joue est de l'ordre existentiel et s'attache à atteindre un mieux-être chez la ou le bénéficiaire. Bien que des stratégies d'accompagnement – éventuellement réparatrices – soient mises en place, elles ne suffisent pas et elles doivent être complétées avant tout par l'écoute active, par la résonance face à la ou au bénéficiaire et une grande compréhension empathique de ses difficultés. L'accompagnement doit susciter chez la ou le bénéficiaire une prise de conscience de ses ressources personnelles afin de l'encourager vers l'autonomie. Cet accompagnement devrait se poser constamment la question du sens de l'être et celui du vivre-ensemble, très sollicité par la vie en communauté institutionnelle, comme celle des EMS. Dans l'approche socio-éducative, l'individualité de la personne accompagnée est centrale, et mis à part la prise en compte de ses ressources propres, ses besoins, ses envies et ses opinions, c'est par-dessus tout sa participation active qui doit être visée dans l'accompagnement. Il devrait permettre à la personne d'évoluer dans un cadre sécurisant et adapté, et devrait à tout moment se poser la question du bien-fondé de ses actions.

Accompagnement socio-éducatif et contrôle social

Nous nous permettons de faire une parenthèse pour aborder un sujet qui a fait beaucoup de débats il y a une quarantaine d'années, débats qui remettaient en question la finalité du travail social en l'assimilant au contrôle des individus par l'Etat (par le biais de l'intervenant-e social-e). Lors de notre formation à la Haute école de travail social de Fribourg (module A2, 2010), on nous a sensibilisé au fait que le travail social a souvent été représenté comme une forme de contrôle social. Toutefois, dans notre représentation de l'accompagnement socio-éducatif, nous souhaitons nous éloigner de cette logique de contrôle très discutée dans les années 70, que ce soit au niveau des politiques (macro) ou au niveau individuel (micro). Dans le chapitre « Pouvoir et assistance, Genèse et fonctions objectives du service social », Jeanine Verdès-Leroux (Le travail social, 1978, p. 13-55) explique en quoi le travail social peut être considéré comme un outil de normalisation et perçu comme un moyen de maintien de l'ordre social. Cependant dans les textes consultés pour notre travail de bachelor, à aucun moment nous n'avons eu le sentiment que la notion de contrôle de la ou du bénéficiaire était sous-jacente à l'accompagnement socio-éducatif. En même temps, nous restons consciente du fait qu'une forme de contrôle social existe dans toutes les sociétés, qu'une hiérarchie est nécessaire à toute communauté sociétale et que ces conditions permettent de préserver la cohésion sociale. Nous privilégierons donc la thèse de Marie-Odile Marty (1979) qui affirme que l'intervenant-e dans le travail social est surtout un-e agent-e de changement, qui permet un espace dans lequel se créent des transformations possibles de la société et qui montre que l'accompagnement dépend beaucoup de l'intervenant-e, de sa marge de manœuvre ou de sa position au sein de l'institution. Nous concevons toutefois que dans tout travail social, il y a un certain jeu de pouvoir qui s'instaure entre les parties, et duquel l'intervenant-e professionnel-le pourrait facilement faire abus. Bien que le contrôle social soit un sujet moins débattu de nos jours, le pouvoir des travailleurs et travailleuses sociales sur les bénéficiaires est indéniable. Dans les écrits actuels, mais déjà en 1989 avec l'ouvrage de Goudet « *La fonction d'agent de médiation des travailleurs sociaux engagés dans des actions collectives et ses légitimités* », l'intervenant-e social-e fonctionne plus comme agent-e de médiation, qui instaure des espaces de médiation afin de

réduire l'exclusion. Rouzel (2007), lui, va au-delà de l'exclusion de la personne accompagnée vu qu'il la place au centre de l'acte éducatif et introduit son mieux-être comme finalité de l'action socioéducative. C'est avec cette finalité d'œuvrer dans le but d'occasionner du mieux-être chez la et le bénéficiaire – et donc chez la personne âgée en institution – que nous aborderons l'accompagnement socio-éducatif des ASE en EMS dans ce travail de bachelor.

4.2.7 Accompagnement socio-éducatif en institution

En EMS comme dans toute autre institution, l'accompagnement socio-éducatif est donc une activité extrêmement complexe dont le but n'est pas de produire quelque chose, mais de favoriser le développement moral, psychologique et social de la et du résident-e. L'ASE doit se porter garant-e de ce bon développement, tout en préservant l'identité personnelle⁵ et sociale⁶ de la personne, ayant comme outils principaux son vécu, ses expériences, ses connaissances techniques, son savoir observer, son savoir être et son savoir faire. Au-delà de la dimension personnelle, c'est la dimension interactive qui apparaît comme moteur pour l'accompagnant-e. L'ASE ré-invente au fil des minutes le quotidien en fonction de sa propre subjectivité et de celle de la et du résident-e tout en gardant en ligne de mire l'amélioration de la situation de la personne accompagnée, pour autant que cette dernière l'ait exprimée, ce qui lui permet de ne pas entrer dans une logique de contrainte et de contrôle.

L'accompagnement optimal de la et du bénéficiaire par l'ASE ne peut se faire qu'avec la collaboration et l'engagement de l'équipe. En effet, à elle et lui seul, l'ASE n'est pas en mesure d'offrir des prestations de qualité, parce que la prise en charge de la situation doit se faire au niveau global. Seul un travail d'équipe et une relève assurée de l'accompagnement permettent d'engendrer ou d'influencer sur le mieux-être de la et du résident-e.

Il est donc important de s'attacher à comprendre ce qu'est une équipe et comment elle fonctionne pour être en mesure de saisir tous les enjeux à prendre en compte lorsque l'on parle d'une équipe professionnelle, qui plus est une équipe formée de différentes disciplines et professions.

4.3 Le travail d'équipe, l'équipe comme outil de travail

4.3.1 L'équipe différenciée du groupe

Tout d'abord, il est utile de faire remarquer que l'équipe n'est pas à assimiler au groupe et que nous parlerons dans ce travail d'équipe et non de groupe. En effet, comme le dit Mucchielli (2009), il y a en général une non-différentiation abusive entre groupe et équipe. Pierre Cauvin d'ailleurs, dans son livre intitulé *La Cohésion des équipes* (2004) qui traite du *team building*, emploie les deux termes sans distinction : « Dans la vie quotidienne, un niveau intermédiaire entre l'individu et l'organisation revêt une importance capitale : le groupe, ou l'équipe » (p. 13). Pourtant il nous semble relevant de différencier les deux concepts. L'équipe – bien qu'elle puisse être considérée comme groupe primaire – est composée de personnes œuvrant vers un but commun, donc une communauté d'action, composée de membres qui ne sont pas identiques, mais complémentaires, qui utilisent leurs capacités individuelles pour arriver à un résultat cohérent et qui focalisent leurs performances sur le résultat, alors que le groupe relève plus d'une association d'individus en fonction de leur nature sociale ou de leurs idéaux et il n'a pas de souci

⁵ Subjective, elle englobe des notions comme la conscience de sa propre individualité et la représentation de soi. (Dictionnaire des sciences humaines, 2004 ; Roethlisberger-Baechler, 1995)

⁶ Plus « objective », elle englobe tout ce qui permet d'identifier le sujet de l'extérieur, dans la collectivité, et qui se réfère aux différents statuts que le sujet partage avec les autres membres de ses différents groupes d'appartenance (sexe, âge, métier, place dans la famille, engagements personnels, codes, etc). (Ibid)

d'efficacité. Selon Mucchielli (2009), « le moyen le plus simple de décrire cet ensemble [le groupe, ndlr.] est peut-être de dire que c'est un nous. Il contient cette sorte de sympathie et d'identification mutuelles pour lesquelles nous est l'expression naturelle » (p. 14). L'appartenance à l'équipe est justifiée en fonction des compétences, qualifications et savoirs de ses membres, et est chapeautée par un-e responsable d'équipe. L'équipe devrait avoir un nombre restreint de membres, au risque de ne pas fonctionner efficacement, ce qui n'est pas une condition pour le groupe (p. 11-17). Pour terminer cette distinction entre groupe et équipe, nous citerons Mucchielli (2009) : « Dans la catégorie des groupes primaires, l'équipe est une variété originale, qui ajoute à la cohésion socio-affective et aux relations interpersonnelles de face-à-face, une caractéristique supplémentaire : celle de la convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche qui sera l'œuvre commune » (p. 17). Nous ajouterons qu'une équipe demande du travail de cohésion, une dynamisation, et surtout des actions à mettre en place pour qu'elle fonctionne, « dans un but d'harmonie individuelle et collective », mais aussi par « nécessité économique » (Cauvin, 2004, p. 17).

Nous aborderons maintenant le sujet du travail d'équipe afin d'en clarifier les conditions et le fonctionnement. Cela nous permettra par la suite de mieux comprendre les enjeux de la collaboration des ASE avec leurs collègues. Le travail d'équipe permet une action collective efficace parce qu'il « groupe des professionnels de catégories diverses, obligés pour réaliser l'objectif, de se compléter, de s'articuler et de dépendre des autres » (Mucchielli, 1978, p. 6).

4.3.2 Le travail d'équipe

Selon Hasley, Rufin, Catanas et Carré (2003), il existe trois caractéristiques essentielles qui déterminent une équipe de travail : une cible commune (un but ultime à atteindre), une tâche à opérationnaliser c'est-à-dire une opération qui s'appuie sur les moyens, ressources et outils de chacun-e, ainsi que sur une procédure spécifique à suivre, et enfin, la convergence des efforts de chacun des membres, c'est-à-dire une collaboration lors de la réalisation des tâches (p. 1).

Ils ajoutent qu'« en ce sens, l'équipe s'avère être un système fragile très dépendant des individus qui la composent puisque son énergie totale dépend de celle de chacun de ses membres et de la qualité des interactions entre ces personnes. C'est de cette dépendance que peuvent naître les conflits » (p. 1). Nous rappellerons à cette occasion que « l'équipe est un réseau de liens vivants » (Mucchielli, 2009, p. 12) et que donc la qualité de l'interrelation fait partie intégrante de son bon fonctionnement.

Le travail d'équipe se fait sous certaines conditions. Mucchielli, dans son livre « Le travail en équipe » (2009), en donne sept, c'est-à-dire « une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche, l'expression possible des désaccords et des tensions, la non mise en question de la participation affective du groupe, l'entraide en cas de difficulté d'un des membres, la volonté de suppléance d'un membre défaillant, la connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun, et enfin la division du travail après élaboration en commun d'objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche » (p. 77).

Afin de nous approcher encore plus du travail en équipe dans une équipe composée de différentes professions, comme il est le cas dans les EMS du canton de Fribourg, nous citerons Emery Roland (2011) qui soutient que le travail en équipe dans une équipe interprofessionnelle est un outil privilégié, mais que « sa mise en œuvre au quotidien se heurte parfois à des obstacles complexes, évoluant parfois vers des conflits, souvent liés aux opinions, aux croyances et aux différentes valeurs que chacun-e porte à ce que travailler en équipe signifie pour lui ou pour elle » (p. 1).

4.3.3 L'équipe pluridisciplinaire

Scohy (2013) lui aussi relève les risques d'une équipe pluridisciplinaire⁷. Il parle de jeux de pouvoir – liés principalement aux compétences et à la fonction de l'individu – qui se créent à l'intérieur du groupe primaire et souligne que de nombreux conflits sont liés à une logique de conservation de son pouvoir: « Le territoire est aussi bien ce qui nous assure une place parmi les autres (un rôle, une fonction, une responsabilité), que ce qui nous en sépare pour que notre intimité soit préservée» (p. 50). Chacun et chacune a des compétences qui lui confèrent une place dans l'équipe, compétences qui préservent la personne d'un rejet du groupe ou d'une dévalorisation par les collègues. La question de l'équipe et des tensions qui y sont inhérentes semble encore plus pertinente dans un milieu médico-social, parce qu'en dehors des conflits de territoire, se greffent des conflits de valeurs liés à la logique professionnelle de chaque individu. Des alliances se forment naturellement, des coalitions se mettent parfois insidieusement en place: « Des liens se tissent autour d'influences, d'affinités dans les groupes; le temps permet d'instaurer ses propres habitudes, ses propres règles, (...). Ces processus forment aussi un mur contre les personnes ou les situations nouvelles» (p. 49).

Selon Scohy (2013), « la qualité des relations professionnelles dépend en grande partie d'une bonne organisation du travail, c'est-à-dire: - d'une attribution juste et efficace des tâches (savoir qui fait quoi); - d'une définition claire des relations de dépendance entre collègues, savoir comment on travaille ensemble, qui fournit quoi à qui, etc.; - du respect du rôle et du territoire de chacun (...); de la reconnaissance de la fonction de chacun par tous» (p. 57). Bien sûr, de nombreux autres paramètres entrent en jeu lorsqu'il s'agit du bon fonctionnement d'un travail en équipe comme les caractéristiques individuelles de chaque professionnel-le, comme par exemple le sexe, l'âge, le vécu, la culture ou encore la motivation.

Nous tenons à souligner que le travail en équipe nous semble tout particulièrement complexe dans une équipe formée de professionnel-le-s du domaine médical et de professionnel-le-s du domaine social, parce qu'à l'instar de ce qui se vit dans les EMS, le travail avec l'humain exige parfois de sortir des acquis de formation, de se remettre en question, tant au niveau professionnel que personnel, qu'il jette parfois les équipes dans des situations encore inconnues où aucune solution toute faite ne semble correspondre; bref, l'interrelation avec l'humain est faite d'imprévu qu'aucune formation, ni sociale ni médicale, ne peut objectiver.

Il est vrai que l'organisation et les conditions de travail dans le secteur socio-médical sont spécifiques, notamment à cause des impératifs de productivité qui sont à respecter alors que les professionnel-le-s travaillent avec des humains, sans négliger l'exigence d'empathie, le ressenti de chaque professionnel-le face à la situation vécue, l'état de santé des bénéficiaires qui ne permet que peu de feedback positif et par-dessus tout, la diversité des métiers et diplômes dans les équipes qui a des effets sociologiques. A cela s'ajoute encore la confidentialité qui rend parfois les échanges d'informations plus difficiles ou engendre des frustrations spécifiques au métier (Scohy, 2013, p. 64-65).

Pour terminer, nous rappelons que le travail en équipe est complexe et de nombreux paramètres viennent influencer son bon fonctionnement et produire des tensions. Cependant l'équipe peut aussi être un très bon outil de travail, pour autant que les relations entre professionnel-le-s soient de qualité et que les

⁷ Nous n'aborderons pas maintenant le concept de pluridisciplinarité, parce que nous le ferons plus loin dans ce travail, cependant nous souhaitons quand même rappeler que dans l'équipe, la pluridisciplinarité exprime, comme mentionné dans la problématique, que la nature des relations développées entre les disciplines sont d'ordre de la juxtaposition, par opposition à l'interaction ou à l'intégration des disciplines (De la Tribonnière et Gagnayre, 2013).

rapports de collaboration permettent d'offrir des prestations améliorées aux bénéficiaires qui auront accès à un accompagnement global de leur personne.

4.4 Concepts d'interdisciplinarité et pluridisciplinarité

4.4.1 Une équipe pluridisciplinaire pour une réflexion et une collaboration interdisciplinaires

Il est clair que dans les établissements médico-sociaux, les équipes professionnelles sont pluridisciplinaires parce que plusieurs disciplines participent à l'accompagnement médico-socio-éducatif de la et du résident-e. Nous l'avons vu plus haut, les relations professionnelles entre membres d'une équipe travaillant dans les milieux médico-sociaux sont complexes et soumises à de nombreux enjeux. Cependant, ces professionnel-le-s œuvrent au mieux-être des bénéficiaires en collaboration étroite afin de prendre en compte la globalité de la personne résidente. Leur relation s'appuie sur une interaction des disciplines, une mise en commun des savoirs disciplinaires afin d'offrir des prestations de qualité qui découlent d'un entre-disciplines, et non plus au centre du savoir social ou du savoir médical.

Dans ce travail de bachelor, nous considérons l'équipe travaillant en EMS comme pluridisciplinaire, bien que la collaboration de ses membres sera perçue comme interdisciplinaire. « La pluridisciplinarité renvoie au principe de coprésence autour d'un objet commun à diverses disciplines, mais qui demeurent fortement distinctes; chacune sait ce qu'elle a à faire et le fait de façon autonome. Il y a cependant (...) reconnaissance mutuelle que l'action de plusieurs disciplines est nécessaire pour accomplir la tâche requise, qu'il s'agisse d'intervenir dans le monde, d'étudier un phénomène ou de former la relève » (Couturier, 2009, p. 24). La pluridisciplinarité dans l'équipe est nécessaire, parce qu'elle « prend acte du caractère unilatéral et abstrait des savoirs, elle le souligne et le corrige en mettant ces savoirs en situations d'ajustements réciproques » (Michel, 2012, p. 89). Cependant cette pluridisciplinarité a ses propres limites, surtout dans les métiers de l'humain. Entre les disciplines, il y a toute la complexité et l'individualité humaine et, afin de pouvoir s'en approcher au maximum, les professionnel-le-s sont amené-e-s à pratiquer l'interdisciplinarité. Jacques Michel (2012) écrit à ce propos que « c'est cet « entre », cet « inter » qui suggère qu'il y a comme un vide qu'il convient de trouver et de combler » (p. 93).

4.4.2 L'interdisciplinarité

En effet, l'interdisciplinarité va plus loin que la pluridisciplinarité puisqu'elle fera plutôt en sorte que l'action de l'un-e soit en partie reprise dans l'action de l'autre. Ceci permet une nouvelle discipline, celle du métissage, où la rencontre de la différence pose la nécessité d'une transformation de soi à la faveur de la rencontre d'un-e autre irréductiblement différent-e (Couturier, 2009). « L'inter, c'est-à-dire ce qui est entre, se conçoit alors comme un espace de possibles, un espace de rencontres, caractérisé par le mouvement plutôt que par la stabilisation disciplinaire. Une telle rencontre de l'autre exige dans cette perspective le déséquilibre, condition du mouvement, la tolérance au risque, condition de la rencontre, l'incertitude relative, condition de l'innovation. Il découle de ces énoncés que l'espace de l'interne peut être comblé, puisqu'il est espace de translation d'un monde à l'autre, puisqu'il est lieu de passage » (Couturier, 2009, p. 25).

Nous avons écrit plus haut que le travail avec l'humain relève de la subjectivité des personnes impliquées. Nous pensons qu'aucune discipline ne peut à elle seule expliquer l'humain et donc insuffler à elle seule, un changement dans la situation de la personne. La collaboration interdisciplinaire se veut de combler cet entre-deux connaissances et permet une meilleure approche de la personne bénéficiaire dans sa globalité. Comme le dit Edgar Morin (2010) dans un ouvrage destiné à « Repenser l'interdisciplinarité », « la notion d'homme se trouve morcelée entre différentes disciplines biologiques et toutes les sciences humaines (...).

On ne peut certes créer une science unitaire de l'homme, qui elle-même dissoudrait la multiplicité complexe de ce qui est humain. (...) Le grand problème est donc de trouver la voie difficile de l'entrecroisement des sciences qui ont chacune, non seulement leur langage propre, mais des concepts fondamentaux qui ne peuvent pas passer d'un langage à l'autre » (p. 102-103).

Dans les EMS, de par leurs visions distinctes de la relation aux bénéficiaires, les équipes sont souvent confrontées à des conflits provenant des logiques professionnelles différentes. Cependant, partageant des responsabilités, ces personnes travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale des besoins de la personne âgée afin de poursuivre des objectifs communs avec le souci d'une communication efficace (Lebel et al., 1998). Toutefois, leur collaboration doit promouvoir les deux disciplines pour accomplir au mieux les objectifs d'accompagnement. L'interdisciplinarité repose sur l'ouverture aux visions de l'autre, en vue d'une concertation quant aux solutions proposées, et permet d'optimiser les compétences et les capacités de chacun-e des intervenant-e-s (Rioux, 2011).

Dans notre analyse des données d'entretiens, nous espérons mieux évaluer l'impact des logiques professionnelles sur la collaboration interdisciplinaire en EMS.

L'approche interdisciplinaire offre de nombreux avantages, comme un élargissement du champ de compétence de tous et toutes les professionnel-le-s, un pas vers le décloisonnement du savoir et par conséquent, des rôles professionnels, et enfin, elle permet de transformer en zones de rencontre et de convergence, les redoutables zones grises où les différentes professions s'affrontent généralement (Rioux, 2011). De plus, il est important de relever qu'« au travers des exigences pratiques de l'activité se produisent des petites réussites invisibles de l'interdisciplinarité » (Faure, 1992, cité par Jaeger, 2014, p. 145). Une étude franco-luxembourgeoise (Estryn-Behar, Lassaunière, Fry, & de Bonnières, 2012) menée dans des structures de soins palliatifs, s'est intéressée à l'impact de l'interdisciplinarité sur la souffrance au travail, et a démontré que le travail interdisciplinaire protégeait les professionnel-le-s du burnout. En effet, les auteur-e-s de l'étude ont cherché à savoir si l'organisation du travail interdisciplinaire adopté par les équipes de soins palliatifs protégeait du burnout et il en résulte que le travail interdisciplinaire a un effet positif sur la diminution du risque.

Dans un contexte médico-social dans lequel les bénéficiaires sont accueilli-e-s afin de jouir d'une bonne qualité de (fin) de vie, l'interdisciplinarité semble très positive. Dans un article de la revue internationale des soins palliatifs (2011), il est dit que l'interdisciplinarité en EMS est nécessaire pour assurer une réponse adaptée aux situations complexes et multidimensionnelles que présentent les résident-e-s. Les divers intervenant-e-s interagissent pour établir un projet thérapeutique d'équipe respectant la vision commune. Pour cela, des espaces de parole sont organisés pour permettre de confronter, partager les différents points de vue, les observations et les jugements afin d'aboutir au développement de compétences favorables à une prise en charge globale de la et du résident-e (Gremion et al., p. 302).

Comme nous l'avons constaté dans ce chapitre, pas d'interdisciplinarité sans collaboration. Nous allons donc maintenant définir la collaboration, sujet central de notre travail de bachelor, afin de comprendre au mieux ce que la collaboration des assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives qui travaillent en EMS dans le canton de Fribourg implique quotidiennement.

4.5 La collaboration dans le travail d'équipe

L'ASE ne travaille pas seul-e, elle et il est amené-e à collaborer avec les professionnel-le-s proches afin de mener à bien sa participation à la mission institutionnelle et de pouvoir atteindre ses objectifs. La

collaboration peut se faire de manière formelle, par exemple lors de colloques ou de réunions de réseau, ou alors de manière informelle, lors d'un échange dans les couloirs de l'institution ou dans la chambre d'un ou d'une résident-e. La collaboration peut se faire entre deux individus qui œuvrent dans un même sens particulier ou entre des groupes d'individus qui eux aussi cherchent ensemble un chemin qui réponde à la mission institutionnelle. Bien évidemment, toute collaboration implique des enjeux et des contraintes. Nous souhaitons clarifier le concept de collaboration qui est le sujet central dans ce travail de recherche. Que veut dire collaborer ? La collaboration ne se limite pas à un bon échange d'informations ou à une bonne communication entre professionnel-le-s, mais est bien plus complexe et se situe à plusieurs niveaux dans la pratique professionnelle. Nous choisirons de nous pencher sur la question en prenant appui d'une part sur le contenu des cours de la formation professionnelle des assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives à l'école santé-sociale de Grangeneuve (ESSG), et d'autre part en consultant divers textes et articles sur le sujet.

Avant tout, avant de chercher à définir le concept de collaboration, nous tenons à rappeler que pour pouvoir travailler en équipe et collaborer, il est utile, comme nous l'avons relevé lorsque nous définissions l'interdisciplinarité, de communiquer et donc d'avoir un langage commun qui permette une compréhension réciproque des personnes impliquées. Il paraît évident que sans communication, il n'est pas possible de collaborer.

4.5.1 Collaboration et coopération

Nous avons choisi comme première source, le corpus de feuilles reçues par les apprenti-e-s ASE à l'ESSG (feuilles distribuées à l'ESSG lors de l'année scolaire 2012-2013) sur le thème de la collaboration. Il y est dit qu'étymologiquement collaborer veut dire travailler ensemble (col- : avec, ensemble ; laborare : travailler), puis dans le travail de définition sur la collaboration, des thèmes tels que le travail d'équipe, le rôle dans l'équipe, la dynamique de groupe, la coopération, la division du travail, la coordination, le leadership et la prise de décision, la communication et l'interdisciplinarité sont abordés. Nous constatons qu'il y est dit que dans tout travail de collaboration, il y a coopération (« La nature même du travail repose sur la coopération » (Collaboration-Travail en équipe - 1, p. 3), ce qui nous a interpellée. De plus, dans cette première source, nous avons trouvé une définition de la collaboration qui a été reprise dans le glossaire d'un site consacré au « mieux vivre ensemble à l'école » (site suisse): « collaboration : fait de travailler parallèlement aux différents aspects de la même tâche, chacun avec un rôle complémentaire aux autres » (Thiébaud & Janosz, 2005). Juste en dessous de cette définition, se trouve la définition de la coopération, tirée de ce même glossaire et qui ressemble beaucoup à celle de la collaboration : « coopération : fait de travailler ensemble à la même tâche et dans un même but en se partageant les tâches et les rôles de façon à ce que chaque action contribue au produit final » (Thiébaud & Janosz, 2005). Dans cette définition de la collaboration, pourquoi parle-t-on de travailler « parallèlement » et non conjointement ? Nous avons cherché à différencier le terme de collaboration de celui de coopération afin de clarifier notre cadre de recherche. L'association Outils-Réseaux (2014) qui s'attache à différencier la coopération de la collaboration explique que dans la coopération « le groupe est divisé en équipes spécialisées qui réalisent une partie de tâche. Les membres de chaque équipe ont des responsabilités spécifiques. L'ensemble est réalisé seulement quand tous les membres ont fait leur part de travail », alors que lors de collaboration, « les membres du groupe travaillent pour un but commun. Mais chacun, individuellement, cherche à atteindre par lui-même le but consensuel. Deux productions se font en parallèle : une production collective et les productions individuelles de chaque participant ». L'association Outils-Réseaux (2014) différencie en outre les interactions entre les membres des groupes : « en coopérant la complémentarité des tâches crée un sentiment de dépendance réciproque, les interactions sont de ce fait très fortes mais "hiérarchisées"

tandis qu'« en collaborant c'est la mise en commun des idées qui priment, les interactions ont plutôt un caractère « associatif », elles sont donc plus riches et plus intenses ».

Nous estimons que ces clarifications permettent de mieux situer la collaboration dans ce travail, et que la notion de coopération nous paraît moins pertinente si on considère la réalité de terrain dans les EMS.

4.5.2 La collaboration médico-sociale

Ensuite, nous nous sommes intéressée à d'autres sources qui pourraient donner une définition plus précise de la collaboration. Nous en avons trouvé maintes élaborées, dont l'une qui correspond au contexte de notre travail de bachelor, soit à la collaboration entre ASE et équipe au sein des EMS : Dans une étude du Professeur Rebecca Spirig (2012) menée conjointement par l'université de Zurich et celle de Bâle, il est écrit qu'« une collaboration efficace présuppose une direction et des compétences communes reposant sur le savoir et l'expertise, ainsi qu'une interaction entre les parties concernées marquée par la confiance, le respect mutuel et la responsabilité partagée en vue d'un objectif commun» (p. 7). En effet, il s'agit-là bien d'un échange complexe, de la reconnaissance et du respect de l'autre professionnel-le en vue d'œuvrer conjointement pour la et le résident-e.

Interrogeons-nous maintenant sur les conditions d'une telle collaboration.

4.5.3 Caractéristiques de la collaboration

Selon Henneman, Lee et Cohen (1995), les caractéristiques de la collaboration interprofessionnelle sont la concertation, la participation volontaire, la planification et la prise de décision partagées, le travail d'équipe, le partage de l'expertise, la responsabilité et le pouvoir partagés et enfin, les relations non hiérarchiques (p. 105).

Si l'une des caractéristiques de la collaboration – que nous pouvons aussi considérer comme des conditions – venait à manquer ou à être négligée, cela mettrait en péril le processus de collaboration. Nous souhaitons rappeler que pour que ces conditions soient valables, il faut que les professionnel-le-s soient bien au clair avec leur propre rôle et celui des collaborateurs et collaboratrices (Goudreau & Dion, 2005, p. 564), qu'il y ait une compréhension mutuelle des compétences de chacun-e et que tous et toutes soient disposé-e-s à respecter l'échange d'informations (donc sans rétention, tout en étant attentif et attentive à la confidentialité des données).

Il paraît évident que la et le professionnel-le doit être en mesure de considérer l'autre comme partie intégrante du processus de collaboration et doit pouvoir entrer sainement en relation avec ce dernier et cette dernière.

Pas de collaboration sans une bonne interrelation

En octobre 2007, Manon Robidoux a rédigé un texte très élaboré sur la collaboration interprofessionnelle, ses diverses définitions, ses conditions et ses enjeux, dans lequel elle reprend de nombreuses et nombreux auteur-e-s qui ont écrit sur la collaboration. Selon ce texte, « faire équipe et collaborer constitue d'abord une expérience de relations. Cette expérience subjective et intersubjective est faite de composantes individuelles comme la volonté à collaborer et l'ouverture envers les autres, et de composantes interactionnelles comme la qualité des relations interpersonnelles, la communication, le conflit ou le leadership. Pour certains auteurs, c'est la volonté à collaborer qui constitue le facteur le plus important dans la mise en place d'une pratique collaborative. Celle-ci dépendrait de l'éducation professionnelle, des expériences antécédentes similaires et de la maturité de l'individu » (Henneman, Lee & Cohen, 1995 cités par Robidoux, 2007).

Dans un contexte professionnel dans lequel le bien-être médico-social de la et du bénéficiaire dépend du travail d'accompagnement offert par l'équipe, cette attitude envers la et le collègue semble capitale. Pourtant, comme écrit plus haut dans ce texte de bachelor, dans une équipe composée de disciplines médicales et sociales, ayant des logiques professionnelles différentes, il y a de nombreux enjeux qui pourraient mettre en péril la cohésion du groupe et la santé de la collaboration. La difficulté à trouver un langage commun au sein d'une telle équipe a aussi été évoquée. Néanmoins, selon ce même texte de Robidoux (2007), «la communication influencerait particulièrement le degré de collaboration et son impact serait majeur du fait qu'elle exprime d'autres facteurs importants comme le respect mutuel et le partage » (Henneman et al., 1995, cités par Robidoux, 2007).

Nous constatons par conséquent qu'il semble primordial qu'au centre de la collaboration en EMS règne le respect mutuel, la confiance entre les membres de l'équipe et un langage commun, du moins compréhensible de tous et toutes.

Pour terminer ce chapitre, il semble important de rendre compte que nous avons accentué notre définition de la collaboration sur celle qui prend place au sein de l'équipe, donc entre professionnel-le-es, mais que tout accompagnement social ou/et médical repose aussi sur une collaboration entre intervenant-e-s et bénéficiaires. En effet, comme le soulignent Hennemann, Lee et Cohen (1995), la collaboration constitue avant tout une expérience de relation et dans les EMS comme dans tout autre milieu médico-social, pas d'amélioration de la situation de la et du résident-e si elle et il n'est pas partie prenante de l'accompagnement qui lui est proposé.

Nous tenons aussi à souligner que dans un EMS, les ASE sont amené-e-s à collaborer non seulement avec l'équipe soignante, comme il a été maintes fois énoncé dans ce travail, mais aussi avec des professionnel-le-s d'autres secteurs comme l'intendance et la cuisine, ce qui n'est pas négligeable dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes. Toutefois, nous tenons à préciser que ce travail aborde surtout la collaboration de l'ASE pour l'accompagnement socio-éducatif de la et du résident-e, donc principalement les interrelations entre les ASE et les professionnel-le-s du domaine médical. C'est dans cette optique que nous aborderons la suite de ce travail de bachelor, soit le travail d'enquête sur le terrain.

5. Méthodes et instruments de récoltes de données

Afin de légitimer notre choix de méthode et notre technique de récolte des données sur le terrain, nous nous sommes appuyée principalement sur trois sources littéraires, soit la *Méthodologie des sciences humaines* (2002) de Sylvain Giroux et Ginette Tremblay, *L'entretien de recherche qualitatif* (2006) de Gérald Boutin et enfin *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* (1992) de Alain Blanchet et Anne Gotman.

Pour cette enquête, nous avons choisi de privilégier une méthode qualitative et non quantitative, et avons donc opté pour des entretiens. En effet, d'une part, l'étendue de notre sujet de bachelor ne requiert pas forcément d'avoir accès à un grand nombre de participant-e-s, et d'autre part, les exigences de notre formation à la Haute école de travail social de Fribourg ne vont pas au-delà de six entretiens pour une personne qui travaille seule sur un travail de bachelor. Bien que l'enquête eut été pertinente dès quatre entretiens, nous avons choisi un échantillon de six répondant-e-s et donc, bien qu'il reste de petite taille, nous estimons qu'il est représentatif de la situation dans le canton de Fribourg.

L'entretien, au contraire d'une technique d'enquête comme le formulaire, permet de laisser à la et au répondant-e une grande marge d'expression et permet en même temps d'approfondir la pensée de la personne (Giroux & Tremblay, 2002, p. 146). De plus, « si la communauté sait peu de choses sur le phénomène, il faut d'abord l'explorer et, pour cela, l'entrevue est généralement plus appropriée que le sondage » (Giroux & Tremblay, 2002, p. 147). Cette technique d'enquête correspondait aussi mieux à nos intérêts personnels, parce que l'entretien permet un rapport interpersonnel plus intense que les autres méthodes. Notre part de plaisir à la recherche nous semblait ici non négligeable. Par ailleurs, « l'entretien, plus que le questionnaire, autorise des réajustements en cours de route » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 50), ce qui, pour des personnes inexpérimentées comme nous joue à notre avantage. Pour terminer, nous argumentons notre choix par le fait que selon G. Boutin (2006), les objectifs pour lesquels l'entretien est adapté sont « l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, l'analyse d'un problème précis (points de vue, enjeux, relations) et la reconstitution de processus d'action, d'expériences ou d'événements du passé » (p. 25). Nos objectifs répondant à ces critères, nous en avons conclu que notre choix de méthode semble confirmé.

Il a fallu ensuite choisir entre l'entretien dirigé, l'entretien semi-dirigé et l'entretien non dirigé. Notre choix d'enquête s'est arrêté sur l'entretien semi-dirigé qui semblait répondre au mieux aux besoins de la recherche en cours, permettant de baliser en partie le contenu de l'entretien, évitant ainsi de faire du hors sujet, mais laissant une bonne marge de spontanéité et de liberté aux répondant-e-s et aux enquêteuses.

Ensuite, pour constituer l'échantillon, nous avons choisi d'interroger des assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives parce qu'elles et ils nous semblaient plus à même à répondre à nos questions et à clarifier notre questionnement sur le sujet de la collaboration des ASE avec l'équipe professionnelle en établissements médico-sociaux. Qui semble mieux placé-e qu'elles et ils pour dire la pratique des ASE ? Qui a une meilleure conscience des difficultés et facilités qu'entraîne la collaboration interdisciplinaire dans les EMS ? Nous avons réfléchi à la question et il semble évident que la réalité du terrain des ASE ne peut être mieux décrite que par les acteurs et actrices principales. Pour définir la population répondante, nous n'avons distingué ni sexe, ni tranche d'âge, mais uniquement le fait d'avoir un Certificat fédéral de capacité (CFC) d'ASE et de travailler dans un des EMS du canton de Fribourg. Nous voulions éviter d'interroger des personnes en formation parce que leur statut étant différent, cela aurait pu amener à des hypothèses différentes, notamment si on considère que pour une personne en formation les enjeux sont différents et la pratique en partie encadrée. La marge de manœuvre est diminuée.

Pour accéder à notre population, nous avons, dans un premier temps, choisi de prendre contact par correspondance avec les directeurs et directrices de 12 EMS dans la partie francophone du canton (en annexe). La lettre expliquait le sujet du travail de bachelor, et indiquait que nous souhaitions nous entretenir avec un-e ASE de leur institution. Nous leur avons demandé de transmettre la lettre à la personne occupant ce poste au sein de leur institution, si un tel poste était pourvu au sein de leur établissement. Nous les avertissions également que nous prendrions contact avec elles et eux dans les jours suivants la réception de notre courrier.

Sur les 12 EMS contactés, trois ont répondu spontanément par courriel annonçant qu'ils n'avaient pas d'ASE au sein de leur institution. Un quatrième EMS nous a répondu par lettre en nous remerciant de notre offre de services et en ajoutant qu'il n'avait pas d'ASE dans leur foyer. Ensuite, nous avons contacté (souvent à maintes reprises) par téléphone les huit autres institutions. Il en résulta qu'un EMS ne souhaitait pas participer à l'enquête, malgré le fait qu'un-e ASE diplômé-e travaille dans l'animation, deux autres EMS ont répondu qu'ils n'avaient pas d'ASE et enfin, quatre EMS ont accepté de transmettre la lettre aux ASE de leur institution, parfois après avoir été rassurés sur la teneur et le but de notre travail de bachelor. La

direction du dernier EMS n'a pas pu être atteinte durant le mois suivant notre courrier. Ni la lettre envoyée, ni les maintes prises de contact avec la réception n'ont abouti à un entretien téléphonique avec la direction.

Nous avons remarqué qu'il n'avait pas été facile d'atteindre les ASE via les directeurs et directrices des EMS, parce que ces dernières et derniers avaient eu, pour diverses raisons, des réticences à transmettre la lettre aux ASE de leur institution, et que, par téléphone, il avait fallu leur redonner le contexte de notre recherche, en expliquer le caractère neutre et non jugeant, et valoriser le fait qu'elles et ils participent à une recherche qui n'évalue nullement les prestations de leur institution mais qui s'attache à comprendre le travail des ASE et leur collaboration avec l'équipe. Ce n'est que par cette clarification de nos intentions qu'il a été possible d'accéder enfin aux ASE. Ensuite, une fois que les lettres ont été transmises aux ASE et que ces dernières et derniers ont pris contact avec nous, elles et ils nous ont tous et toutes fait part de leur grand intérêt à participer à un entretien et nous avons dorénavant quatre répondant-e-s potentiel-le-s à notre enquête.

Ensuite, n'ayant pas atteint le nombre de répondant-e-s souhaité pour notre échantillon, nous avons décidé de contacter deux nouvelles institutions, et de reprendre contact avec la direction de la douzième institution avec laquelle nous n'avions pas pu communiquer de vive voix. Entre temps, nous avons apporté quelques petites modifications à la lettre de contact (en annexe) parce que, comme expliqué ci-dessus, les directions des EMS faisaient preuve d'appréhension face à notre enquête, alors nous avons modelé notre missive pour rendre notre demande plus attrayante. Nous avons donc envoyée la lettre modifiée à deux EMS supplémentaires et avons choisi de recontacter le douzième EMS via courriel cette fois, en y joignant la lettre modifiée. Cette démarche fut un succès. Nous avons reçu via mail les coordonnées de contact de l'ASE de la douzième institution et un des deux autres EMS a pris spontanément contact avec nous. Nous avons à présent six personnes qui acceptaient de répondre à nos questions.

Ayant constitué notre échantillon de répondant-e-s, nous avons préparé un formulaire de consentement (en annexe), ainsi qu'un guide d'entretien (en annexe) qui tient compte notamment de l'environnement (lieu et temps) et du cadre contractuel de la communication (protection des données⁸, éthique, etc.) (Blanchet & Gotman, 1992). L'entretien semi-dirigé devra notamment mettre en évidence des «informations précises sur un objet de recherche peu défini » et permettre l'«expression du non-dit, [un] discours en profondeur» (Boutin, 2006, p. 25). Malgré ces avantages, nous restons consciente que l'entretien oblige à traiter une masse conséquente d'informations, parfois très hétérogènes, ce qui demande un long travail de transcription et d'analyse. La subjectivité des informations obtenues lors des entretiens ne nous semble pas jouer un rôle négatif dans notre recherche. Elle est inévitable, même dans une enquête par questionnaire, vu qu'elle fait partie de tout vécu et expérience personnelle, que ce soit dans un milieu privé ou professionnel.

Une fois la préparation pour l'enquête de terrain terminée, nous étions prêtes pour mener à bien nos six entretiens que nous avons agendés sur six semaines, à raison d'un entretien par semaine.

⁸ Toutes nos démarches pour l'enquête de terrain se sont faites avec une attention particulière pour le traitement confidentiel de toutes données. Nous nous sommes engagée auprès de nos répondant-e-s à garantir rigoureusement la confidentialité.

6. Analyse des données

Pour optimiser notre analyse de données, nous avons dans un premier temps, pris quelques notes personnelles après chaque entretien. Ces notes listaient les thèmes principaux qui avaient été abordés lors de l'entretien, qu'il s'agisse des sujets concernant nos objectifs de recherche ou des sujets émergents de l'entretien. Ces notes nous permettraient par la suite de rappeler des éléments marquants de l'entretien et faciliteraient la catégorisation de l'analyse. Nous avons aussi été attentive à relever les propos qui avaient été tenus avant et après l'enregistrement audio, donc pendant la phase d'accueil et la phase de séparation. Ces propos nous semblaient très intéressants et importants pour notre travail de recherche. Nous les avons donc notés pour un questionnement personnel et pour étayer notre connaissance de l'expérience professionnelle des ASE.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à la transcription complète et fidèle de chaque entretien, en étant attentive aux mots employés, aux silences et hésitations, et aux thèmes qui avaient été abordés avec récurrence par les répondant-e-s. Nous avons pris conscience que bien que les sujets traités répondent bien évidemment à la direction que nous avons donné via notre guide d'entretien, d'autres, moins dirigés par nos questions, étaient spontanément et régulièrement abordés par les ASE.

Après le travail de transcription, grâce à ces diverses démarches, nous pouvions d'ores et déjà en ressortir quelques catégories et indicateurs qui devaient apparaître dans l'analyse de données. Nous avons décidé de valoriser autant les sujets émergents que ceux qui coïncidaient avec les objectifs de ce travail de bachelor. L'analyse mettrait donc en évidence autant ces catégories émergentes que les catégories liées à nos objectifs de départ. Nous en avons fait un plan sous forme de carte heuristique (en annexe) et avons commencé à le remplir, tout en sachant pertinemment qu'une analyse locale de chaque entretien viendrait l'étayer et le compléter, notamment au niveau des indicateurs.

Après avoir procédé à l'analyse locale de chaque entretien en soulignant en couleurs les éléments intéressants et pertinents pour nos différentes catégories (chacune de nos catégories portait une couleur différente, sans distinction pour les indicateurs), nous avons procédé à l'analyse de nos résultats, en ne distinguant nullement les catégories liées à nos objectifs de nos catégories émergentes. Nous n'avons intentionnellement pas planifié une analyse priorisant les catégories liées aux objectifs de recherche, mais nous les avons inclus à notre analyse, sans leur porter une attention distincte des autres catégories qui nous semblaient tout autant intéressantes et pertinentes pour notre travail.

Nous tenons cependant à souligner que toutes les catégories sont significatives pour comprendre la collaboration des ASE en EMS dans le canton de Fribourg, et toutes sont étroitement articulées autour du sujet central de ce travail, soit la collaboration et les enjeux qui en découlent.

Au total, six catégories sont mises en évidence dans notre analyse, soit la reconnaissance de la fonction d'ASE, la collaboration et les bénéfices et difficultés qu'elle engendre (correspond à deux objectifs de recherche), la vision des ASE sur le secteur des soins, les contraintes et exigences cantonales qui influencent l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s, la définition de l'accompagnement socio-éducatif selon les ASE (répond à un objectif de recherche) et enfin les pratiques pour améliorer la collaboration avec les professionnel-le-s (en lien avec un objectif de recherche). Nous procéderons maintenant à l'analyse et l'interprétation de nos données d'enquête et commencerons par la catégorie la plus volumineuse, soit la reconnaissance de l'ASE.

7. Description, analyse et interprétation des résultats

7. 1. Pas de reconnaissance sans connaissance du métier d'ASE

La reconnaissance est à notre avis une des catégories les plus intéressantes de notre analyse. En effet, au cours des entretiens nous nous sommes rendu compte que la reconnaissance de la fonction de l'ASE au sein de l'établissement médico-social joue un rôle prépondérant dans la pratique professionnelle de ces dernières et derniers, notamment lors des moments de collaboration avec l'équipe professionnelle. Nous comprenons par reconnaissance non pas seulement la reconnaissance qu'ont l'équipe et la direction de la fonction de l'ASE, mais aussi la reconnaissance de l'ASE envers sa propre fonction. Afin qu'elle et il puisse se reconnaître parmi les autres professionnel-le-s, il lui est nécessaire de connaître sa fonction, de savoir en quoi certaines tâches lui sont spécifiques et en quoi elle et il se différencie des autres professionnel-le-s. Il en est de même pour les collègues des ASE ; s'ils ne connaissent pas le métier et la fonction de l'ASE, la collaboration peut en pâtir. Pas de collaboration optimale sans « re-connaissance »⁹ des compétences et responsabilités de l'autre professionnel-le. Dans cette catégorie qui nous semble très complexe, nous aborderons dans un premier temps la re-connaissance de la fonction de l'ASE dans l'institution par les autres membres de l'équipe, par les autres secteurs de l'institution, par la direction et même, nous aurons l'occasion de le voir, par le canton. Puis, dans un second temps, nous allons mettre en évidence la connaissance qu'ont les ASE de leur propre fonction, connaissance qui devrait leur permettre de se connaître en tant qu'ASE et de reconnaître leur fonction parmi les autres.

Nous rappelons aussi que notre cadre théorique mettait en évidence les difficultés liées à la connaissance et donc à la reconnaissance de ce nouveau métier, difficulté abordée notamment dans les enquêtes de Valérie Perriard et al. (2009) qui énonçaient déjà la complexité de la collaboration entre ASE et collègues due en grande partie à la construction de leur identité professionnelle.

7.1.1 Re-connaissance par les autres professionnel-le-s

Pour mettre en évidence cette re-connaissance, nous avons cherché les indicateurs qui pouvaient nous donner des pistes pour cette catégorie. Parmi les indicateurs, nous avons choisi de nous intéresser au cahier des charges de l'ASE, à l'influence de l'ASE dans l'institution, à son ressenti par rapport à la considération qu'ont les autres professionnel-le-s sur sa fonction et enfin, un point important qui mettra en relief la re-connaissance du canton envers les ASE, soit la cohérence entre la formation et la réalité de terrain. En effet, il semble évident que pour offrir une formation adéquate aux apprenti-e-s, il faut connaître la réalité du terrain sur lequel elles et ils devront œuvrer, savoir si les compétences développées en formation sont nécessaires au fonctionnement de l'EMS, si les cours répondent à un besoin réel de la fonction future ; bref, il s'agit-là de constater si la formation est en adéquation avec la réalité des EMS.

Reconnaissance par l'institution : Le cahier des charges

Tout d'abord, dans chaque entretien nous avons cherché à savoir si la ou le professionnel-le ASE avait un cahier des charges bien défini au sein de son institution. Dans notre cadre théorique, nous énoncions l'importance de l'organisation du travail, telle que l'attribution juste et efficace des tâches, savoir qui fait quoi, ou d'une définition claire des relations de dépendance entre collègues, savoir comment on travaille ensemble, qui fournit quoi à qui (Sohy, 2013, p. 57). Le cahier des charges participe bien évidemment à la bonne organisation du travail. Selon le guide du cahier des charges de l'Etat de Vaud (2010), il est aussi appelé description de poste et il permet de clarifier la position occupée, les attentes professionnelles, les responsabilités et les délégations confirmées. Il définit le profil exigé par le poste et permet de

⁹ Ni le terme « reconnaissance », ni le terme « connaissance » ne semblaient complètement appropriés à ce qui est en jeu dans cette catégorie, alors nous avons choisi de lier les deux termes et de parler de « re-connaissance », parce que nous sommes persuadée qu'il ne peut y avoir de reconnaissance d'une fonction, sans connaissance de cette dernière.

communiquer à sa ou son titulaire les exigences pour réaliser des prestations attendues pour le poste en question. Un cahier des charges valable devrait exister pour chaque poste et devrait décrire le poste tel qu'il est dans la réalité et se modifier en fonction des changements dans l'organisation.

Pour nous il a donc été important de savoir si les ASE répondant à nos questions étaient en possession d'un cahier des charges, ce qui permettait de mieux cerner la re-connaissance dont elles et ils jouissaient au sein de leur institution et de rendre compte de leurs tâches dans l'institution. Sur six entretiens menés, un seul cahier des charges valable était en possession d'un-e répondant-e. Pour les autres, il en résulte qu'un-e ASE a reçu un cahier des charges d'animateur ou animatrice – et donc pas d'ASE –, qu'un-e autre en a reçu un au début de son apprentissage, mais que celui-ci n'a jamais été modifié, même si elle ou il est diplômé-e depuis, et enfin les trois dernières et derniers n'en ont pas (nous relevons aussi que l'un-e d'entre elles et eux ne savait pas ce qu'était un cahier des charges)¹⁰ :

R1¹¹ *« C'est encore un peu en chantier on va dire, (...) là gentiment je commence à bouger, y a des changements à faire, donc pour le moment j'ai un cahier des charges de l'animateur. Ça c'est un peu dommage. »*

R2 *« On a un cahier des charges qui est en préparation hein, parce que quand je suis arrivé il y a quatre ans y avait rien qui était fait, mais c'était un petit peu en mouvement, mais comme la position du de l'ASE était pas très clair, le cahier des charges n'était pas encore euh (hésitation)... (...) il l'est pas toujours encore maintenant à l'heure actuelle. »*

Nous constatons qu'au travers de ce cahier des charges, les enjeux sont importants. Un cahier des charges permet une re-connaissance de la fonction et il manque dans la quasi-totalité des EMS dans lesquels travaillent les répondant-e-s de notre enquête. Bien que certains d'entre eux soient certes en élaboration, il semble clair qu'à l'heure actuelle, trois ans après le constat de Castelli & Dransart (2012), l'identité même de l'ASE reste en pleine construction et négociation.

Bien que les EMS ne semblent pas avoir défini de cahier des charges pour leur personnel ASE, il s'avère pourtant que leur introduction dans leurs murs était tout de même ciblée pour certain-e-s répondant-e-s, alors qu'elle ne l'est pas pour d'autres. Plusieurs ASE nous ont révélé que leur engagement auprès de personnes âgées résultait d'un besoin de prestations spécifiques et donc d'un choix institutionnel:

R1 *« Ils m'ont aussi engagé dans ce but-là, en tout cas d'offrir des prestations continues on va dire. »*

R2 *« Non non non, c'était euh à la base euh... c'était une euh art-thérapeute qui me remplaçait avant donc... J'ai remplacé une art-thérapeute. Avec l'art-thérapeute il y avait beaucoup de domaines qui étaient pris en compte et beaucoup de domaines qui étaient ... où... où l'œil était pas adapté à la personne, à la prise en charge de la personne âgée, donc c'est vrai que cette formation d'ASE correspond bien aux besoins institutionnels des EMS. »*

Des situations contraires sont aussi à relever. Certain-e-s ASE semblent avoir de la peine à comprendre la nécessité de leur engagement par l'EMS :

R3 *« Et puis on peut ... en fait pour les les EMS on est des boulets quoi, on sert à rien (rires) ... C'est un peu ça, c'est ce qu'on ressent. (...) Le problème c'est que j'ai... j'ai pas de poids là-dedans ! (...) C'est vraiment on nous prend un peu comme bouche-trous quoi ! »*

¹⁰ Toutes les citations des entretiens ont été intentionnellement masculinisées pour préserver un maximum l'anonymat de nos répondant-e-s. Nous estimons que dans ce cas-là, une rédaction épiciène aurait alourdi les propos des répondant-e-s.

¹¹ La lettre « R » sera utilisée à la place de « répondant-e » dans les citations de notre analyse de données. Nous distinguerons les répondant-e-s par un chiffre.

R4 « Je me suis assez battu justement pour que ce soit une ... quelque chose d'un peu à part parce que les ASE ils sont... pas un peu bouche-trous, mais on sait pas trop justement... Comme ils font autant un petit peu des soins, un petit peu de l'animation, on sait pas trop où les mettre, pis je trouve un peu dommage (...). Enfin c'est un peu flou souvent dans les EMS encore... en tant ... les ASE... Je trouve. »

Nous constatons que les propos, notamment les qualificatifs «boulets» et «bouche-trous» (ce deuxième terme a tout de même été employé par deux répondant-e-s), démontrent que pour ces répondant-e-s le manque de re-connaissance de l'institution suppose une souffrance. Les quatre autres répondant-e-s ASE ne semblaient pas subir si fortement ce manque de re-connaissance au niveau de l'institution, et si toutefois elles et ils disent être conscient-e-s du fait que l'institution peut parfois en manquer face à leur fonction, elles et ils l'attribuent à l'introduction récente des ASE en EMS et supposent que le temps améliorera leurs conditions de travail.

Lors de nos entretiens nous nous sommes rendu compte que le plus grand enjeu dans la catégorie de la re-connaissance n'était cependant pas au niveau institutionnel, mais au niveau des collègues des ASE, principalement des collègues du secteur des soins. Nous allons nous y intéresser maintenant.

Reconnaissance par les collègues : Besoin de se faire re-connaître et entendre

Les ASE ont tous et toutes exprimé leur manque de re-connaissance par les équipes professionnelles œuvrant dans leur institution. Ils reconnaissent tous et toutes un manque de connaissance par rapport à leur fonction et parfois, pas toujours, cette non re-connaissance est liée au fait que leur métier est nouveau dans les EMS. Elles et ils expliquent aussi qu'elles et ils « doivent se battre » pour se faire entendre et qu'elles et ils doivent souvent tout justifier. Il nous a paru sensé de faire un parallèle entre la re-connaissance de la part de la direction – donc de l'institution – et celle des équipes professionnelles et de vérifier s'il y a une corrélation entre la re-connaissance de l'institution et la re-connaissance des collègues envers l'ASE. Il devrait, à notre avis, y avoir une certaine influence entre les deux, mais comme nous n'avons pas pu en tirer des conclusions pertinentes, nous éviterons une interprétation subjective en ne faisant aucun lien dans notre analyse. Dans tous les cas, nous avons constaté que la re-connaissance de l'ASE semble faire défaut dans les EMS, et ce, pour toutes les personnes interrogées. Certaines expliquent qu'elles sont reconnues comme animatrices et non pas comme ASE, d'autres, quand on leur demande si leur fonction est connue et reconnue par les autres professionnel-le-s, répondent ainsi :

R1 « La direction, enfin le directeur, oui, mes collègues je dirais non. (...) 'fin mes collègues ... non. Mes collègues qui sont dans les soins ou dans la cuisine ou dans l'intendance non. Euhm... et c'est vrai que c'est une formation entre guillemets qui est récente. Ça fait bientôt dix ans mais c'est toujours récent, et ça a de la peine à... je sais pas si on peut dire à être connue, parce que beaucoup de monde connaît cette formation avec les enfants ou autres, mais dans le milieu de la personne âgée on a tendance à tout confondre, et c'est vrai que c'est quelque chose... qui m'agace. C'est un peu je dirais, c'est qu... euh on nous donne des fois des rôles ou des noms qui... qui sont pas en rapport avec la formation.»

R2 « J'étais pas forcément vu comme l'assistant socio-éducatif et donc dès le début j'essayais vraiment de d'expliquer cette différence, (...) surtout que ici il y en avait pas du tout [des ASE, ndlr]. Peut-être des gens qui sont arrivés d'ailleurs et qui ont entendu parler, mais c'est clair que quand on a pas des ASE sur le terrain c'est difficile de comprendre. »

Il est clair que la fonction de l'ASE est encore méconnue. Nous ajouterons ici que, en plus de ce qu'annonçait déjà l'enquête de Castelli & Dransart en 2012, plusieurs personnes interrogées lors de nos entretiens ou lors de l'élaboration du cadre théorique affirment que les ASE en EMS auraient plus de difficultés à se faire re-connaître que les ASE travaillant dans les autres domaines, soit l'enfance ou le

handicap. Cependant, comme dans ce travail de bachelor nous nous interrogeons uniquement sur les ASE en EMS, et que donc nous n'avons pas le projet de considérer la re-connaissance des ASE travaillant auprès des autres populations, nous ne ferons que de le suggérer, sans le vérifier.

A ce propos, une donnée intéressante que nous n'avons pas envisagée est ressortie de nos entretiens : nous savons que l'ASE en EMS semble manquer de re-connaissance par les collègues et/ou la direction, mais il s'avère aussi que nos répondant-e-s ASE ont eux aussi des difficultés à situer la fonction de leurs proches collègues et donc peuvent difficilement différencier les différentes tâches et compétences inhérentes aux fonctions qui participent à leur travail quotidien. En effet, dans quatre entretiens sur six, les répondant-e-s semblent méconnaître les formations des membres de leur équipe, ou tout du moins, elles et ils en sont incertain-e-s:

R1 « *Alors si je me trompe pas... elle est... animatrice... heu... j'crois Croix-Rouge, mais je suis même pas trop sûr en fait.* »

Il fut surprenant de constater que la majorité des ASE interrogé-e-s avaient peu connaissance des formations de leurs collègues, parce qu'afin de collaborer de façon optimale, nous l'avons vu dans le cadre théorique, une définition ainsi qu'une reconnaissance des compétences des autres professionnel-le-s sont des conditions pour un certain confort dans le travail en équipe (Mucchielli, 2013 & CIVEMS citée dans Avenir Social, 2007).

Il semblerait par conséquent que les équipes sont en manque de clarification quant aux fonctions, compétences et qualifications présentes dans leur institution, ce qui bien évidemment ne facilite pas la reconnaissance mutuelle des membres des équipes et fragilise la collaboration.

Nous allons maintenant aborder le dernier indicateur qui nous permettra d'évaluer la re-connaissance des ASE dans le canton. En effet, le métier est récent, la formation qui mène au CFC l'est aussi, et il nous paraissait pertinent de mesurer l'adéquation de la formation (mise en place par le canton qui a mandaté l'ESSG) avec la réalité de terrain. La formation à l'ESSG de Grangeneuve prépare les apprenti-e-s au travail en EMS en tant qu'ASE, certes, mais est-elle consciente des besoins des ASE en EMS, est-elle en accord avec les besoins institutionnels du canton ?

Reconnaissance cantonale : concordance entre réalité de terrain et formation

Bien que cela ne corresponde pas à un de nos objectifs de recherche, notre guide d'entretien amenait les répondant-e-s à se positionner sur la qualité de la formation d'ASE. Nous en avons décidé ainsi après l'élaboration du cadre théorique et suite aux divers échanges avec des personnes impliquées dans la formation des ASE. Des enjeux émergeaient de cette thématique et nous souhaitons les mettre en lumière. Cette reconnaissance du canton permet aussi d'étayer la question de la re-connaissance actuelle des ASE en EMS.

Suite à nos entretiens, nous pouvons affirmer que la majorité des répondant-e-s se disent satisfait-e-s de leur formation d'ASE (trois formations en EMS orientation accompagnement personnes âgées, deux formations en EMS avec la variante généraliste et enfin, une formation orientation accompagnement enfants¹²). En effet, de manière générale, elles et ils estiment que la formation est adéquate avec leur réalité de terrain, et ne prétendent nullement être insatisfait-e-s. Toutefois, quelques éléments à améliorer ont été énoncés de façon récurrente lors des entretiens, et il nous semblait intéressant de les aborder par

¹² Le fait que ce ou cette répondant-e ait fait une formation auprès des enfants et travaille actuellement en EMS nous a interrogé, mais elle ou il n'a à aucun moment soulevé un quelconque décalage dû à sa formation d'ASE auprès d'une population différente.

la suite dans notre travail de bachelor, afin de comprendre ce qui pourrait être questionné dans la formation:

- R1 « *C'est vrai que cette formation d'ASE correspond bien aux besoins institutionnels des EMS. »*
- R2 « *Je crois que la formation elle est très très bien conçue. (...) Tous les cours de cette formation j'ai pu les mettre en pratique. »*
- R3 « *Alors euh c'est vrai qu'il y a une partie qui était très bien donnée je dirais et qui se met en pratique assez facilement. Je pense qu'on a eu de la chance niveau de la formation où on a pu faire énormément de liens entre théorie et pratique »*

Malgré cette satisfaction de la presque totalité des répondant-e-s, des améliorations à faire dans la formation étaient régulièrement abordées. Les cours interentreprises et l'applicabilité des cours sur la collaboration et la communication sont notamment critiqués. Une diminution de l'ampleur des cours d'anatomie, d'hygiène et de cours liés à l'intendance aurait amélioré la qualité de la formation. Pour certain-e-s, c'est un manque de cours sur les activités qui est soulevé. Rappelons ici que toutes les personnes interrogées travaillent comme ASE dans le secteur de l'animation, alors que ce n'est pas une volonté de la formation. Nous pouvons donc supposer un certain décalage entre la réalité de terrain et la formation des ASE. Les personnes ayant accédé au CFC via la formation raccourcie regrettent le manque de cours d'informatique et de cours sur la personne âgée. Enfin, un-e répondant-e soulève aussi le fait qu'en EMS, les résident-e-s sont parfois très atteint-e-s dans leur santé mentale et que la formation ne les prépare pas pour ces bénéficiaires-là¹³:

- R1 « *Pis à l'école, (...) j'aurais aimé d'autres cours. (...) Je trouvais qu'on n'avait pas assez approfondi le domaine de la personne âgée à part les soins. (...) En tout cas il faut qu'ils (rires)... je trouve qu'ils doivent remettre des choses à jour, ça c'est clair. »*
- R2 « *C'est vrai qu'une grande partie de ce que j'ai vu à l'école, que ce soit en collaboration ou en communication, c'est très personnel hein, mais, j'ai l'impression que c'est beaucoup dans ces deux cours-là, c'était beaucoup de théorie surtout communication qui était pas forcément... euh applicable. »*
- R3 « *Là c'est vraiment dur de trouver des activités pour les gens, c'est vraiment des gens extrêmement psy hein, et pis on est pas formé pour ça ! »*

Pour terminer, certain-e-s répondant-e-s se questionnent sur la connaissance de leur métier par le canton. Elles et ils estiment que d'autres cantons valorisent mieux le métier d'ASE ou alors se représentent différemment la place des ASE en EMS :

- R1 « *Maintenant moi je connais quand même beaucoup... aussi des amis qui sont ASE donc FaBe en allemand hein, c'est la même chose, ils sont beaucoup plus au clair avec cette formation que Fribourg. (...) j'ai l'impression que le canton de Fribourg n'est pas encore vraiment au clair comme le canton de Berne avec cette formation. On est moins valorisé qu'à Berne. »*
- R2 « *C'est marrant parce que je sais pas comment ils appellent ça en Suisse allemande, parce que... il me disait un moment, un de mes directeurs que j'ai eu avant, il me disait que c'était accompagner le résident, accompagner le résident au pied du mat... au pied de son lit, alors je sais pas comment il m'avait traduit ça de l'allemand en français, mais pour lui on devait être plus dans les soins, hors que ici je fais pas de soins. »*

¹³ Nous ajouterons que cet avis pourrait être partagé par certaines directions du canton. En effet, ayant eu l'occasion de discuter avec le directeur d'un EMS fribourgeois, ce dernier a affirmé qu'il pensait que les ASE manquaient de connaissance sur la personne âgée (communication personnelle, 11 mars 2015).

Apparemment, les ASE interrogé-e-s se rendent compte que leur fonction est inégalement appréciée d'un canton à un autre. Il s'avère que, selon elles et eux, le métier d'ASE n'est pas reconnu de la même façon par les différents cantons. Nous pouvons supposer que des réflexions seraient éventuellement nécessaires au niveau fédéral. Nous rappelons que dans notre cadre théorique nous soulignons déjà le fait que la terminologie suisse-allemande (« Fachfrau- Fachmann Betreuung ») était porteuse d'une autre signification qu'« assistant-e socio-éducatif et socio-éducative » et que là déjà, un décalage s'inscrit dans la représentation du métier d'ASE.

A présent nous allons nous interroger sur la vision et la re-connaissance qu'ont les ASE de leur propre fonction, de leur propre métier. Cela permettra de considérer si pour les premières et premiers concerné-e-s, l'identité de l'ASE est claire ou encore floue. Nous estimons que la connaissance de leur propre métier est une condition sine qua non de leur propre reconnaissance et positionnement dans la collaboration et dans l'accompagnement socio-éducatif des bénéficiaires au quotidien.

7.1.2 Re-connaissance par elles et eux-mêmes

Choix du secteur encore incertain

En introduction, nous citons que « la question qui préoccupe les directions des EMS est celle du rattachement prioritaire des ASE : au secteur des soins ou à celui de l'animation ? La place des ASE au sein des institutions pour personnes âgées semble alors encore peu définie et variable en fonction des établissements » (Perriard & Castelli Dransart, p. 4). Aujourd'hui, nous pouvons affirmer que cela est moins le cas¹⁴, du moins dans les cantons de Fribourg, parce qu'il semble que nombres d'EMS ont choisi de placer les ASE dans l'animation et non pas dans les soins. En effet, tous et toutes les ASE qui constituent l'échantillon de notre enquête travaillent dans le secteur animation de leur institution. Dans cinq des six cas, le secteur animation n'est pas rattaché au secteur des soins de l'institution, ce qui est d'ailleurs aussi recommandé par l'AFIPA dans son rapport final sur la place de l'animation en EMS (2007). Cependant, un-e des ASE y travaille parallèlement en tant qu'aide-infirmier ou aide-infirmière – mais pas en tant qu'ASE – et trois autres y travaillent parfois, soit quand l'équipe des soins en a besoin (ce qui semble être régulièrement le cas), soit parce qu'un certain pourcentage doit y être consacré (R1 « *Et puis on [toute l'équipe d'animation, ndlr] a un 40 % à donner puisqu'on a une dotation assez forte donc on donne plus ou moins 40 % aux soins par mois dans les étages* »). Selon nos échanges avec les différentes personnes concernées par le métier ou par la formation d'ASE et selon des échanges avec les directions d'EMS, le secteur de l'animation semble toutefois le mieux adapté à l'ASE. En effet, comme les ASE le soulèvent, soit elles et ils ont en formation trop de cours sur les soins pour travailler ensuite en animation, soit elles et ils en n'ont pas assez pour rivaliser avec les assistant-e-s en soins et santé communautaire (ASSC) du secteur des soins. D'un point de vue dotation personnel et donc au niveau des enjeux financiers, il semble préférable pour une institution d'engager un-e ASSC dans les soins parce que sa formation est mieux adaptée au secteur. Pourtant, la formation d'ASE en EMS ne présuppose nullement un travail en animation, d'ailleurs, le premier objectif professionnel de l'ASE est d'« accompagner et aider une personne ou un groupe dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie » (plan de formation, 2005) et dans les objectifs liés à la personne âgée, elle et il « sait mettre en œuvre des mesures visant à encourager l'autonomie et à faciliter les soins, (...), accompagner et soigner les personnes en fin de vie (...), mettre en œuvre (...) les soins suivants: prévention du décubitus, des chutes, de la pneumonie, de la thrombose et des contractures; surveillance des signes vitaux et du bilan hydrique; glycémie capillaire, tests urinaires simples, changement de pansement, traitement et soins en cas de Cystofix, de sonde à demeure et de stomie,

¹⁴ R1 « *puisque toutes les institutions ne travaillent pas vraiment à même échelle pour l'... l'... l'occupation des ASE.* »

injections sous-cutanées, administration de nourriture par sonde en cas d'accès existant, (...) sait mettre en œuvre, dans le cadre de la planification des soins, les méthodes thérapeutiques alternatives utilisées dans son domaine professionnel (p. ex. thé, compresses, massages), (...) sait appliquer les méthodes de stimulation basale dans la vie quotidienne » ou encore « appliquer les principes de la palliation. » (p. 38-41). L'école les prépare donc largement à des gestes techniques en soin et a donc pour but de les former autant pour un engagement dans les soins qu'en animation. Un-e des répondant-e-s acquitte ce fait : R1 « *Certes si y a un besoin au niveau des soins d'avoir quelqu'un en plus, on a été formé pour ça dans notre formation d'assistants socio-éducatifs, d'être formés aux soins* ». Bien évidemment, un-e ASE a une logique professionnelle différente de celle de sa ou son collègue ASSC, mais il semble tout à fait plausible que les ASE, tenant-e-s d'une vision plus sociale de l'accompagnement, aient un rôle de complémentarité à jouer dans le secteur des soins. Néanmoins, la réalité de terrain, les règlements de la dotation en personnel et les exigences de financement conditionnent les embauches des ASE en EMS et diffèrent de la mission de la formation à l'ESSG qui est avant tout de former les apprenti-e-s à « encadre[r] des personnes de tout âge présentant ou non un handicap physique, mental, psychique ou social, dans leur vie quotidienne et pendant leurs loisirs » (ESSG, 2015). Pourtant, et cela fut très intéressant de le noter dans les entretiens, il s'avère que la presque totalité de nos répondant-e-s ne souhaiteraient de toute façon nullement travailler dans les soins. Elles et ils estiment que leur place est effectivement dans le secteur de l'animation. Le travail dans les soins est peu apprécié et les ASE portent un regard critique sur ce secteur. Cette représentation du secteur des soins par l'ASE fut tellement prégnante dans les entretiens que nous avons décidé d'en faire une catégorie. Nous aurons l'occasion de nous y intéresser plus loin dans ce travail de bachelor. Nous souhaitons citer quelques répondant-e-s pour étayer nos propos au sujet du choix du secteur :

R1 « *Bien sûr, c'est pas mon secteur les soins ! (rires)* »

R2 « *En fait là où je suis, c'est vrai que ... 'fin quand on est ASE on peut soit se diriger plus... 'fin suivant les institutions, plus dans ce qui est dans les soins ou plus ce qui est dans l'animation, et puis là où je travaille, les ASE sont placés dans le secteur d'animation. Et puis donc oui ... 'fin c'était pas réellement un choix, mais c'est ce que je voulais en fait, donc ça tombait bien.* »

R3 « *moi je trouve qu'un ASE n'a rien à faire dans les soins !*»

Nous terminerons par relever tout de même que bien qu'aucun-e d'entre elles et eux ne veuillent travailler dans les soins, un-e des répondant-e-s suppose que pour un meilleur accompagnement des résident-e-s, l'idéal serait d'introduire un-e ASE pour deux ASSC dans les soins et un-e autre des répondant-e-s qui travaille dans une institution qui ne lui demande aucune participation au secteur des soins soulève l'importance d'une certaine implication, en tant qu'ASE, dans le secteur des soins pour un accompagnement plus global de la ou du résident-e :

R1 « *justement l'ASE c'est l'accompagnement au quotidien, le quotidien englobe tout l'accompagnement. Non, si on dit le quotidien, ça veut dire que du moment que la personne se réveille... il y a les soins, il y a tout, l'animation, donc c'est vraiment la totalité. L'ASE il est il est vraiment là au milieu, animation, soins, donc il y a la totalité.* »

Se différencier du métier d'animateur et animatrice

Une donnée des plus intéressantes selon nous, c'est que non seulement les ASE n'envisagent pas de travailler dans le secteur des soins, mais en plus elles et ils ont tendance à assimiler leur travail à celui de l'animateur et de l'animatrice. Certain-e-s d'entre elles et eux ne se différenciaient en rien de l'animateur et animatrice et parfois même, sous forme de lapsus, se qualifiaient d'animateurs ou animatrices. Nous citerons deux répondant-e-s qui ont fait, à notre avis, des lapsus des plus révélateurs :

R1 « Si vous êtes dans une grande institution, vous avez un... un HES qui gère et peut-être que là, vous êtes des fois en tant qu'animateur [en parlant de lui-même]... vous êtes à moitié dans les soins pis à moitié dans l'animation. »

R2 « ben on a plus en tant qu'animateur... peut-être qu'on a plus le temps ... »

Sur les six personnes interrogées, une seule soutenait fermement que son travail n'était pas celui d'un-e animateur ou animatrice et une autre différenciait sa fonction de celle de l'animateur et animatrice, mais l'assimilait à celle de l'éducateur et éducatrice, ce qui là encore questionne sur la représentation de l'ASE face à sa fonction:

R1 « Je trouve qu'un ASE a pas sa... a pas... la place d'un ASE elle est pas à l'animation en tant qu'animateur. Donc un ASE n'est pas un animateur ! »

R2 « Ce qui est... moi j'ai dit je suis ASE, je suis dans l'éducation à la base, je suis assistant socio-éducatif, ça rien à voir, j'ai quand même fait trois ans d'école hein ! »

Enfin, les quatre autres personnes assimilaient complètement leur travail à celui de l'animateur et animatrice ou ne s'en différenciaient que très peu. Voici quelques réponses à la question de la différence entre le métier d'ASE et celui d'animateur et animatrice :

R1 « En fait ouais... on l'a appelé assistant socio-éducatif, si on l'avait appelé le CFC d'animateur ça m'aurait aussi ... Ça m'aurait aussi été. »

R2 « (Rires) Difficile ! Y'a au niveau pratique je trouve qu'y a pas vraiment de différences (rires) »

R3 « (Rires) Pour l'instant je trouve qu'y en a peu, je dois vous dire... »

Nous ne nous imaginions pas un tel amalgame, et cela nous questionne, parce que nous rappelons que, comme nous l'avons exposé dans le cadre théorique, « être à l'aise dans son identité, c'est se donner des moyens de ne pas craindre l'autre professionnel, et de ne pas céder à une tentation de polyvalence pour effacer le rôle de l'autre » (CIVEMS citée dans Avenir Social, 2007).

Ici se pose aussi clairement la question de l'avenir du métier d'animateur et d'animatrice. Une des personnes interrogées suppose d'ailleurs que ce métier est voué à disparaître (R1 « quand on va chercher des animateurs Croix-Rouge, on n'en cherche plus si vous regardez dans les journaux, c'est une... ça va disparaître »). Les autorités et associations se sont également fait cette réflexion. Au début 2006, l'AFIPA a eu des discussions sur l'animation dans les EMS avec le Service du médecin cantonal (SMC) et le Service de la prévoyance sociale (SPS) et le « devenir de la formation d'animation de la Croix-Rouge fribourgeoise (CRF) » a été thématiqué (AFIPA, 2007).

Formations et objectifs (spécialiste du quotidien)

Comme nous l'avons déjà relevé, il y a un fort décalage entre la formation des ASE qui a pour but de donner les outils à ses apprenti-e-s pour travailler dans le secteur des soins comme dans celui de l'animation et la vision des ASE sur l'attachement de leur fonction au secteur de l'animation. En dehors de cela, nous avons été surprise par un autre élément de re-connaissance ou, dans ce cas-là, de non re-connaissance de la majorité des ASE interrogé-e-s sur leur qualification de « spécialistes » ou « expert-e-s du quotidien ». Pour rappel, notre cadre théorique mettait en lumière que les compétences requises pour le métier d'ASE sont étroitement liées à l'accompagnement au quotidien. Nous mentionnons aussi que dans le plan de formation des ASE de l'Organisation faîtière Suisse du monde de travail du domaine social (2005), le terme « quotidien » (et dérivés) apparaît plus de 35 fois. En effet, ce terme apparaît 28 fois dans les objectifs globaux des compétences professionnelles de l'ASE, et encore plus de dix fois sur les sept pages qui

concernent exclusivement les objectifs spécifiques liés à l'accompagnement de la personne âgée. La notion de quotidien est très présente dans la formation de l'ASE, dans tous descriptifs du métier aussi : «Au regard de l'aperçu des spécificités de chacun des domaines, on pourrait déduire que les personnes avec un CFC sont les spécialistes de l'accompagnement du quotidien» (Avenir Social, 2010) ou encore « Ils sont en contact avec les personnes qu'ils accompagnent dans toutes les activités de la vie quotidienne» (Centre suisse des services pour la formation professionnelle, 2014).

Le plan de formation et les descriptifs métiers s'articulent constamment autour de cette notion, cependant lorsque nous interrogeons les ASE sur leur « spécialisation » ou « expertise » pour le quotidien, la majorité d'entre elles et eux ne semblent pas comprendre de quoi il en ressort ou alors elles et ils cherchent à nous répondre en imaginant ce que cela pourrait signifier pour elles et eux. En effet, seul-e deux des ASE ont tout de suite compris ce que nous entendions lorsque nous parlions du métier en termes d' « expert-e du quotidien » et parmi ces deux-là, un-e s'y référait largement dans ses propos. Les quatre autres répondant-e-s semblaient ne pas savoir que leur formation les définissait comme expert-e-s ou spécialistes du quotidien :

R1 « *J'ai jamais entendu. (...) L'expert du quotidien ? (...) Non, ça me parle pas (...) mais je trouve que je suis plus un expert pour les ... pour les activités, je me sens expert d'activités, accompagnement aussi, mais je mettrai en premier pour les activités.* »

R2 « *Oui, j'ai déjà entendu, par rapport euh... enfin disons plutôt que ASE on dit qu'ils ont beaucoup de pratique justement et pis une personne ... on a eu des personnes HES ou comme ça qui ont moins de pratiques ... mais... enfin (rires)* »

Ce fait surprend parce qu'il s'avère que les ASE sont formé-e-s pour un accompagnement au quotidien, dans les activités de la vie quotidienne, dans les gestes au quotidien et que cet accompagnement socio-éducatif devrait se faire du matin au soir, dans une continuité sur toute la journée, que ce soit au niveau des toilettes, des repas, des activités, des sorties ou tout autre moment de vie. Le fait que quatre des six répondant-e-s aient eu de la peine à comprendre nos questions quant à leur qualification de spécialistes du quotidien et qu'en plus la majorité d'entre elles et eux ne peut imaginer un travail « au quotidien », c'est-à-dire, avec plus d'implication dans les activités de la vie quotidienne (AVQ, donc habillage, mobilité, repas, aller aux WC) qui dépendent principalement du secteur des soins, nous interroge fortement sur la mission-même de ce métier qui se veut socio-éducative.

Comme nous le constatons, les ASE abordent leur propre identité professionnelle de façon surprenante et semblent manquer de connaissance et donc reconnaissance de leur propre métier. Ou alors, nous pouvons aussi supposer qu'elles et ils se l'approprient de cette façon. En effet, là se pose la question du cadre de référence auquel elles et ils peuvent se fier pour se construire en tant qu'ASE. En EMS, elles et ils ont peu ou pas de références sur le terrain, c'est-à-dire d'autres ASE plus expérimenté-e-s qui auraient pu les guider dans une certaine appropriation de leur identité ou alors des professionnel-le-s sur le terrain qui soient bien au clair sur la fonction d'ASE. Bien évidemment, ce métier est encore récent et une valorisation du métier, un ajustement de la formation à la réalité de terrain, une meilleure promotion du métier auprès des directions des EMS, un cahier des charges défini ou encore un temps d'adaptation pour les ASE sembleraient nécessaires afin de conférer à tous et toutes – ASE et collaborateurs et collaboratrices – une représentation claire de la fonction d'ASE et une identité plus précise de ce métier social en EMS :

R1 « *Dans le sens voilà, parce que c'est nouveau, c'est pas trop clair pour les autres, nous on est les pionniers un peu de ce travail et souvent **on a un peu de la peine nous-mêmes à expliquer qu'est-ce qu'on est** parce que voilà, ça suit pas l'apprentissage. Il faudra du temps.* »

Nous terminerons par rappeler que pour toute bonne collaboration, il est important que chaque membre de l'équipe puisse se situer parmi les autres collègues, que chacun-e connaisse les compétences, les tâches et les devoirs de l'autre, et que par conséquent, les responsabilités soient aussi bien départagées. Des améliorations semblent nécessaires de ce point de vue pour les ASE. Nous allons maintenant nous interroger sur la collaboration qu'elles et ils entretiennent avec leurs collègues œuvrant dans l'EMS.

7. 2. La vision des ASE sur le secteur des soins

Il est difficile de séparer complètement la catégorie qui traite de la vision des ASE sur le secteur des soins et celle de la collaboration avec ce dernier, tellement elles semblent imbriquées dans les propos de nos répondant-e-s. Nous avons donc décidé de commencer par relater le regard des ASE sur le secteur des soins et de l'étayer amplement par la suite dans la catégorie qui aborde la collaboration des ASE avec l'équipe médicale pour l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s.

Caractéristiques des soins qui ne coïncident pas avec la mission de l'ASE

Lorsque les ASE répondant à nos questions portent un regard sur les soins, il est empreint d'une certaine critique face à ce secteur avec lequel elles et ils sont amené-e-s à collaborer quotidiennement. Comme nous l'avons déjà constaté plus haut, aucun-e des ASE interrogé-e-s ne souhaiterait être engagé-e dans le secteur des soins. Lorsque nous abordons la possibilité de travailler en tant qu'ASE dans les soins, ce qui permettrait d'offrir des prestations différentes des collègues soignant-e-s mais complémentaires, elles et ils dénoncent des pratiques et des conditions d'un travail dans le secteur de soins qu'elles et ils jugent incompatibles avec leur logique professionnelle. Les termes employés sont parfois fortement révélateurs de leur vision et des avis très critiques ont été partagés. Nous verrons au travers de nos citations qu'il existe un fort refus des ASE à y travailler, principalement à cause des conditions de travail et de la vision du personnel soignant trop différente de la leur.

Comme nous l'avons fait jusqu'à maintenant, nous citerons amplement nos répondant-e-s, cela semble le meilleur moyen d'illustrer de façon exacte notre analyse et donc nos interprétations.

Un manque de temps et/ou d'effectif

Premièrement, selon elles et eux, un travail dans les soins impliquerait un rythme de travail trop élevé qui exclurait un accompagnement de qualité auprès des résident-e-s. Ce travail serait beaucoup plus de l'ordre du « faire » (présence physique auprès des résident-e-s pour accomplir une suite de gestes nécessaires à sa santé physique) que du « être » (présence de qualité auprès des résident-e-s pour le valoriser et préserver son autonomie dans les gestes du quotidien). La majorité des ASE soulèvent le « manque de temps », probablement dû à un manque d'effectif dans ce secteur, qui a pour conséquence la minimisation du temps passé auprès de chaque résident-e, et donc, une qualité de présence amoindrie. Nous avons choisi quelques citations fortes de nos répondant-e-s¹⁵ lorsqu'elles et ils s'expriment sur le manque de temps dans le secteur des soins :

- R1 « *J'ai l'impression d'être à la chaîne quoi ! Et c'est pour ça que je ne veux plus du tout être dans les soins.* »
- R2 « *dans les soins (...) c'est un peu plus stress, (...) donc on a moins le temps de ces moments de partage.* »

¹⁵ Les propos les plus forts ont été prononcés par l'ASE qui travaille le plus régulièrement dans le secteur des soins.

Une structure trop figée

Deuxièmement, pour la moitié des personnes interrogées, le secteur des soins reste une structure très figée qui fonctionne d'une manière qui demande à évoluer et qui a peine à s'ouvrir vers un changement de fonctionnement. Elles ont peine à y faire valoir des idées nouvelles pour l'accompagnement des résident-e-s et des difficultés à faire bouger cette structure. Certain-e-s soignant-e-s paraissent vouloir rester dans leur zone de confort. Nous comprenons par « zone de confort », le terrain connu des professionnel-le-s dans lequel les opérations se font selon des schémas connus, terrain qui permet aux professionnel-le-s d'éviter une prise de risque qui pourrait échapper à leur contrôle. Comme nous l'avons vu au début de ce travail, le visage des équipes professionnelles en EMS est beaucoup remis en question, une introduction certaine, mais encore timide, des métiers du social se fait nécessaire pour répondre aux besoins institutionnels, mais le changement prend du temps et les équipes qui œuvrent depuis bien quelques années dans ces institutions ont probablement besoin d'un temps d'adaptation à ces nouvelles logiques professionnelles et donc à ces nouveaux et nouvelles collaboratrices.

R1 *« il y a cette globalité qu'ici... heu... ça manque un peu, parce que ça fonctionne différemment en EMS, **c'est tellement structuré** avec... avec les soignants pour les soins et on ne peut pas complètement modifier la structure (...) surtout parce que l'infirmière elle est (...) habituée à fonctionner d'une certaine manière »*

R2 *« y'a des structures **ça fait des années qu'on fait comme ça**, alors on va pas changer. »*

Une approche différente

Ce n'est pas uniquement un manque d'effectif et donc de temps qui est soulevé, ce n'est pas qu'un certain manque d'ouverture sur le changement qui est observé, mais aussi des logiques professionnelles distinctes qui viendraient dissuader les ASE de s'engager dans le secteur soins. Pour tous et toutes, la manière de concevoir l'accompagnement des équipes soignantes n'est pas conciliable avec celle des ASE en EMS. Leurs propos expriment clairement que la prise en « charge » qui se fait dans les soins répond à des prestations d'ordre purement médical, alors que l'accompagnement de l'ASE se veut d'ordre social. De plus, certain-e-s ASE sont d'avis que les soignant-e-s n'ont pas pour mission d'améliorer la vie quotidienne des bénéficiaires alors que cela fait partie intégrante de leur métier.

Ici se joue à notre avis toute la nuance entre le « cure » (soigner) et le « care » (prendre soin):

R1 *« On le sait, les soins ils offrent justement des prestations qui sont liées... ben justement aux soins de la personne au **niveau du corps** et... et très peu de... du reste justement, donc c'est là... c'est pour ça qu'il y a l'a... l'animateur ... ou l'ASE justement (rires). »*

R2 *« c'est une prise en charge différente, puisque déjà dans les soins on a... on porte une blouse, donc on a cette barrière du soignant (...), cette barrière qu'il y a, qui fait que **la personne se sent soignée et pas socialisée.** »*

R3 *« Alors c'est une approche un peu différente (...) puis on a vraiment le temps d'apprendre à les connaître, de discuter, c'est **une relation différente.** »*

Ce qui nous interroge, c'est que chacun-e affirme fermement que les logiques professionnelles des soignant-e-s diffèrent des leurs, pourtant, dans presque tous les EMS dans lesquels travaillent nos répondant-e-s, les équipes d'animation sont aussi formées de personnes provenant des soins. En effet, certain-e-s professionnel-le-s formé-e-s dans les soins ont souhaité, à un moment de leur carrière, faire une reconversion et l'institution leur en a naturellement donné la possibilité, ou alors elles et ils travaillent dans les deux secteurs, ou enfin, elles et ils ont, après des années de pratiques soignantes, choisi de faire une formation d'animateur et animatrice Croix-Rouge afin de pouvoir investir le secteur animation. Nous

mettrons donc en lumière le fait que dans le secteur d'animation cohabitent par conséquent des logiques appartenant non seulement au milieu social (incarnées par les ASE et les rares travailleurs et travailleuses sociales¹⁶), mais encore au milieu de l'activité de groupe ou au milieu médical¹⁷.

R1 « *Donc ma responsable est infirmière, et puis elle a fait des... des cours pour se perfectionner dans ce qui était animation, parce qu'elle en avait un peu marre des... des soins infirmiers, puis elle voulait avoir quelque chose de différent, voir la personne âgée aussi différemment dans son quotidien et puis elle s'est formée pour devenir animatrice.* »

R2 « *c'était un collègue de l'animation, mais qui malheureusement avait une formation de soins et puis qui avait quand même été engagé dans l'animation* »

Dans ces circonstances, nous supposons que soit les personnes travaillant avec les ASE dans le secteur de l'animation jouissent d'une certaine ouverture sur un accompagnement social de la personne âgée, soit il y a un certain effacement de cette vision plus sociale de l'accompagnement. Ce questionnement ne trouvera ici aucune réponse.

Mais alors, en tenant compte des enjeux d'un accompagnement en EMS et des conditions d'un travail en EMS, comment les ASE arrivent-elles et ils à faire valoir leur vision de l'accompagnement? Comme nous avons pu le constater lors de nos entretiens, les ASE portent un regard sur la ou le résident-e qui ne concorde pas avec celui des équipes soignantes, et pourtant elles et ils sont amené-e-s à collaborer étroitement avec ces dernières, tout comme avec les équipes des autres secteurs – l'intendance, la cuisine, l'administration – d'ailleurs. Nous allons donc nous interroger sur cette collaboration et répondre ainsi à deux de nos objectifs de départ, à savoir, comprendre, du point de vue des ASE, les avantages d'une collaboration interdisciplinaire dans l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s et ensuite, comprendre les difficultés engendrées par la collaboration dans l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s.

Nous avons évoqué dans la partie théorique de notre travail que pour qu'il y ait une collaboration optimale entre les professionnel-le-s, certaines conditions étaient nécessaires. Nous nous référons à Henneman et al. (1995) qui soutenaient que les relations non hiérarchiques étaient plus favorables à une bonne collaboration, hiérarchie qui, nous aurons l'occasion de le voir par la suite, est clairement instaurée dans les EMS dans lesquels travaillent nos répondant-e-s, ou à Scohy (2013) et Goudreau & Dion (2005) qui expliquaient que les professionnel-le-s devaient être bien au clair sur leur propre rôle et sur celui de leurs collègues. Nous avons vu, au résultat de l'analyse des données concernant la re-connaissance des ASE, que cette dernière condition est manquante dans la relation de collaboration qu'entretiennent les ASE avec les équipes professionnelles en EMS. Il avait été aussi mentionné que, selon Gremion et al. (2011), dans un contexte médico-social l'interdisciplinarité est nécessaire pour assurer une prise en charge globale des résident-e-s, pour autant que les équipes travaillent en respectant une vision commune. Là encore, nous avons constaté que, selon les ASE, les logiques professionnelles sont parfois tellement différentes entre les différentes disciplines œuvrant en EMS que cela engendre des frustrations. Nous nous interrogerons donc sur la qualité de la collaboration des ASE et de leurs collaborateurs et collaboratrices.

¹⁶ Un-e seul-e des ASE a comme responsable hiérarchique une personne provenant du milieu social. Trois des ASE ont des responsables provenant des milieux de l'animation pure ou du médical, et les deux dernières ou derniers sont elles et eux-mêmes responsables de leur secteur.

¹⁷ Soulignons aussi que trois de nos six répondant-e-s ont travaillé d'abord comme aide-soignant-e-s avant d'entreprendre une formation d'ASE, ce qui n'est tout de même pas négligeable. Nous pouvons imaginer que la nouvelle formation d'ASE permet de répondre à des besoins non seulement institutionnels, mais aussi personnels pour certaines personnes engagées dans les soins en EMS.

7. 3. La collaboration

Comme nous l'avons signalé plus haut, tous et toutes les répondant-e-s à cette enquête travaillent dans le secteur de l'animation, ce qui était une donnée imprévue. Nous imaginions en effet que notre échantillon se composerait de personnes travaillant dans les deux secteurs, soins et animation, mais il s'avère, nous l'avons vu, que la plupart des EMS engagent les ASE pour le secteur de l'animation. Nous n'avons en tout cas pas connaissance d'EMS qui engage les ASE pour les soins, mais nous n'avons pas vérifié cette donnée.

Les ASE interrogé-e-s travaillent dans des équipes de deux à cinq membres, sans compter les apprenti-e-s qui viennent en général renforcer les équipes. Nous n'avons pas non plus inclus les animateurs et animatrices spirituelles, art-thérapeutes ou psychologues, parce que ces professionnel-le-s-là viennent certes de plus en plus intégrer les équipes d'animation, mais elles et ils ont été peu évoqué-e-s par nos répondant-e-s. Selon l'AFIPA (2007), « l'animation spirituelle n'est pas incluse dans l'animation socio-culturelle « traditionnelle ». Dans le cadre de nos réflexions et des mesures qui seront prises au niveau cantonal en relation avec la dotation en animation, il est demandé de prendre en compte aussi la dotation en animation spirituelle » (p. 17). Depuis, les EMS introduisent gentiment ces professions dans le secteur d'animation, mais c'est très récent et les ASE ne nous ont pas parlé de collaboration significative avec ces dernières.

En préparant le guide de l'entretien, nous avons orienté une partie de nos questions vers la collaboration et avons fait des liens avec la confidentialité, la position de la direction, les moyens de collaborer, qu'ils soient formels ou non, et avons essayé d'amener les répondant-e-s à se positionner sur la qualité de la collaboration qu'elles et ils entretiennent avec les différents secteurs des EMS, mais principalement avec celui avec lequel elles et ils travaillent plus étroitement, soit celui des soins. Pour les ASE interrogé-e-s, les soins, plus que tout autre, est le secteur qui participe le plus à leur mission. La collaboration avec l'équipe soignante leur semble primordiale et avantageuse pour l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s. En même temps, tous et toutes soulèvent le fait que des tensions inhérentes à des logiques professionnelles et des conflits probablement dus à des incompréhensions mutuelles viennent influencer cette collaboration et donc leurs pratiques professionnelles. La collaboration joue un rôle très important au point tel qu'elles et ils ne pourraient imaginer un travail d'ASE sans la participation active des autres membres du personnel, que ce soit du secteur cuisine, intendance ou soins. La collaboration se fait non seulement quotidienne mais encore régulièrement sur la journée. Les temps de collaboration entre ASE et collègues sont donc nombreux et divers chaque jour. Nous ajouterons que les ASE lient clairement la collaboration à la communication. D'ailleurs nous rappelons que notre cadre théorique exposait déjà le fait qu'à l'ESSG, les ASE suivent des cours sur la collaboration et qu'un des chapitres centraux de ces cours est celui de la communication. Il paraît en effet pertinent de faire de nombreux liens entre les deux, parce que d'une bonne communication dépend la qualité de la collaboration.

En réponse à une de nos questions, les ASE affirment que la direction encourage vivement son personnel à collaborer, qu'elle soutient le travail d'équipe et les incite à communiquer un maximum. Cependant, nous retenons aussi de nos entretiens que seul-e un-e des ASE rencontre régulièrement la direction. Pour les autres, bien qu'une des personnes explique que la direction reste très disponible pour tout échange, les rencontres se font de façon exceptionnelle, lors de réunions annuelles ou en cas de difficultés :

R1 *« Avec la direction... oui pardon... ouais. Enfin... ça c'est beaucoup ... oui, on travaille en collaboration, mais c'est assez... Ouais. (...) C'est assez rare effectivement ! »*

Nous nous sommes également intéressée aux moyens et aux moments de collaboration au sein des institutions. Nous avons donc demandé aux répondant-e-s de nous citer tous les moyens et moments de collaboration dans leur pratique professionnelle et avons bien expliqué de réfléchir aussi à tous les

moments de collaboration dit informels, c'est-à-dire non planifiés ou non officiels. Les moyens et les temps d'échange ne semblent pas faire défaut dans les EMS et donc permettent une bonne transmission des informations, une bonne communication dans tous les cas : DSI (dossier de suivi de l'individu), SIMS (dossier de soins), forum interne (plateforme collaborative) permettent de centraliser les informations entrées par les différent-e-s acteurs et actrices de l'EMS pour une meilleure collaboration. Agendas et plannings informatisés, petits cahiers de transmission ou « feuilles message », sans compter les moyens plus traditionnels comme les courriels, appels téléphoniques, échanges verbaux qui viennent encore alimenter la communication. Bref, ce sont autant de moyens de communiquer qui s'emploient sur toute la journée – journée, qui commence souvent par une lecture du courriel d'ailleurs –, sans oublier encore les échanges dans les corridors ou à la cafétéria et les réunions formelles comme les colloques. Nous soulignerons le fait qu'avec les dossiers de soins informatisés, les professionnel-le-s des EMS ont la possibilité de collaborer non seulement entre elles et eux, mais aussi avec les médecins, thérapeutes, assureurs et assureuses ou proches des résident-e-s. La communication virtuelle fait largement partie des modes d'échanges d'informations :

- R1 *Les soignants font... font beaucoup d'observations et on travaille justement de plus en plus en lien dans ce dossier de soins informatisé. »*
- R2 *« Après maintenant on collabore (rires), mais c'est beaucoup par mail aussi hein... (...) Oui c'est vraiment le moyen, on est obligé. Chaque... chaque information qu'on donne c'est tout par mail. (...) Même si à la cuisine je veux... euh je veux de la farine pour aller travailler demain pour faire ma pâte à bricelets, je dois envoyer un mail ».*

Nous nous sommes ensuite interrogée sur la fréquence des réunions officielles auxquelles participent les ASE, qu'elles soient sous forme de colloques, de temps d'échange agendé sur la journée, sur le mois ou de façon plus espacée. Nous avons aussi cherché à savoir qui collaboraient à ces réunions et si les ASE participaient à des colloques dans les étages, donc avec les collègues soignant-e-s. Ici il a été difficile de nommer une généralité, parce que chaque EMS fonctionne différemment. Un-e des ASE interrogé-e-s n'a que très peu de rencontres avec les autres collègues, que ce soit avec le secteur animation ou avec le secteur soins, alors que d'autres ASE rencontrent chaque semaine les responsables de tous les secteurs de l'institution. Nous dirions que pour cinq de nos six répondant-e-s, elles et ils participent chaque jour à une réunion du secteur animation et que bien que des colloques ne soient parfois agendés que mensuellement, elles et ils ne manquent pas de communiquer par d'autres moyens, principalement par l'échange verbal direct ou la transmission d'informations via les bases informatiques :

- R1 *« on est tous référant d'un étage. Par exemple, moi je suis du troisième étage, alors je vais à la réunion le colloque une fois par mois (...). Et je collabore bon... tous les jours on est informé tous les jours, quand on arrive on regarde les transmissions ciblées »*
- R2 *« Alors plus ou moins hebdomadaire avec l'infirmière-chef, avec les étages et les ICUS c'est une fois tous les deux à trois mois, avec euh... donc avec les ICUS deux à trois mois, avec les étages selon le besoin »*

Pourtant, la majorité des ASE estiment que les colloques, en plus de tout autre moyen de collaboration, ont un rôle important à jouer dans l'amélioration des projets d'accompagnement des résident-e-s et que durant ces moments d'échange, elles et ils apprennent beaucoup sur les résident-e-s. Se réunir avec les collègues des différents secteurs leur permettrait une vision plus globale de la personne accompagnée. Nous allons le voir dans les « bénéfices de la collaboration ». Nous ajouterons que cinq des six ASE de notre enquête estiment que leurs avis sont reconnus et pris en compte lors de ces colloques.

Selon trois répondant-e-s, la régularité des réunions formelles est questionnée dans leur institution et des démarches organisationnelles seraient en ce moment mises en place pour permettre au personnel d'avoir plus régulièrement des rencontres. Il semble que le besoin de collaborer de manière plus concrète entre les secteurs se fasse sentir :

- R1 « *Alors là on a commencé à mettre en place les colloques pluridisciplinaires. Donc là, y'a vraiment tout le monde qui se met ensemble en trouvant des solutions.* »
- R2 « *mais on devrait maintenant intervenir un peu plus souvent puisqu'on travaille de plus en plus en lien avec les secteurs et les étages, les équipes, pour faciliter le travail de l'animation dans les étages et puis intégrer au plus près les équipes pour être au plus proche du résident dans les dossiers de soins on va dire. »*

7.3.1 Complémentarité et bénéfiques

En première partie de notre travail, nous avons relevé que différent-e-s auteur-e-s soutenaient que le fait que les professionnel-le-s de différentes disciplines médico-sociales pouvaient apporter, pour autant qu'elles et ils aient une certaine vision commune de leur mission, une meilleure prise en charge globale des bénéficiaires et ceci est confirmé par les propos de nos répondant-e-s.

Collaboration nécessaire

La collaboration interdisciplinaire au sein des EMS semble être bien vécue par la grande majorité de ASE qui ont participé à notre enquête, si ce n'est pour l'un-e des répondant-e, pour qui la collaboration avec les collègues est une source de souffrance, même si elle ou il confirme le fait que de pouvoir collaborer apporte une meilleure qualité dans l'accompagnement de la personne âgée. Sinon, pour toutes les personnes interrogées, la collaboration fait partie de leur métier et sans elle, elles ne seraient pas à même de l'exercer correctement. Leurs propos sur le sujet sont très clairs:

- R1 « *J'aurais pas pu atteindre le même résultat si j'étais tout seul »*
- R2 « *d'être une équipe c'était plus facile. »*
- R3 « *Ça a un rôle important. C'est ... c'est un peu la base, je dirais sans collaboration on n'avancerait pas dans nos tâches quotidiennes. Si y avait pas ... de communication, on arriverait pas à pas savoir ce que la personne désire (...) donc c'est vrai que ça a un... un rôle important de pouvoir collaborer, et puis de pouvoir ... comme ça être au plus proche des besoins des personnes. Sans collaboration on n'y arriverait pas. »*

Le travail en équipe, le travail de collaboration est estimé et les points positifs sont nombreux. Les ASE collaborent comme nous l'avons évoqué, pas uniquement avec le secteur des soins, mais aussi avec la cuisine et l'intendance. Ces deux secteurs-là entrent quotidiennement en interactions avec les ASE pour pouvoir faciliter les démarches liées à l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s :

- R1 « *Alors on collabore avec tous les secteurs (...) enfin on est obligé quand on a par exemple on fait des dîners au foyer ou comme ça à midi, donc là on collabore avec la cuisine, après pour les... les chambres, si on... on peut aller en chambre, alors là on collabore avec l'intendance pour les nettoyages ou comme ça, pas que ça... ça gêne s'ils doivent faire les nettoyages en chambres. Pis après dans les soins aussi on collabore. »*
- R2 « *Je trouve qu'on est très lié avec l'intendance et la cuisine dans cette profession. »*

Bonne transmission des informations

Comme nous l'avons constaté, les moyens de collaboration et communication, les moyens de transmission des informations sont nombreux dans les EMS. Les plateformes informatisées semblent très appréciées pour l'accès rapide et centralisé des renseignements sur les résident-e-s. Chaque ASE a à tout moment la possibilité de transmettre des informations aux autres professionnel-le-s de l'institution et aussi d'aller consulter les forums pour se renseigner sur tout événement ou toute situation qui aurait évolué pour un-e résident-e. Cela lui permet donc d'offrir un accompagnement qui s'adapte continuellement aux bénéficiaires :

R1 « ... donc j'ai quand même ça [en parlant des dossiers informatisés, ndlr], si je veux, je peux aller chercher, c'est quand même important »

R2 « d'être plus à même de répondre aux besoins des résidents »

La confidentialité n'est pas un frein à la collaboration

La question de la confidentialité a été abordée pour apprécier son impact sur la collaboration. Dans la partie théorique dédiée à la collaboration, nous avons soulevé, nous appuyant notamment sur Scohy (2013), que la confidentialité rend parfois les échanges d'informations plus difficiles ou engendre des frustrations. Ce fait ne semble pas le cas pour les ASE qui ont répondu à nos questions. En effet, nous nous rendons compte que pour aucun-e des ASE interrogé-e-s des difficultés liées à la confidentialité n'entravent la collaboration. Elles et ils expliquent qu'étant donné que tout le personnel travaille dans le même sens, c'est-à-dire s'attache au bien-être de la ou du résident-e, il s'avèrerait contre-productif de ne pas transmettre des informations sous prétexte de confidentialité. Par contre, plusieurs ASE soulèvent quand même le fait que parfois il leur semble inutile de transmettre certaines informations qui leur auraient été confiées par les résident-e-s et que donc, pour préserver la confiance, elles et ils ne le transmettront pas forcément. Tous et toutes ont bien évidemment souligné que cela se fait uniquement sans qu'il y ait risque pour la santé de la ou du résident-e :

R1 « on est tenu au secret professionnel de toute façon, donc entre professionnels on collabore, on se dit les choses. (...) si y'a un truc confidentiel qui... que ça regarde pas justement l'état de santé, ça va rien amener d'utile aux soignants, et c'est un truc personnel qui m'a peut-être même dit de ne pas dire aux autres, alors je vais pas dire... ça c'est un truc, ça c'est différent. Mais autrement heu... non on se dit tout. Y'a... y'a pas de raison de cacher quelque chose, surtout parce que c'est... on cache pas parce que c'est... c'est des choses ça va pour le bien-être de la personne âgée. »

L'ASE comme source d'observation, les équipes de soin comme autre source d'information

Comme évoqué dans notre cadre théorique, « dans la profession d'ASE, le travail d'accompagnement s'exerce donc en constante collaboration avec d'autres professionnels, relevant le travail d'équipe comme un aspect fondamental. (...) le rôle de l'ASE au sein de l'équipe professionnelle semble s'apparenter à celui d'un « relais » qui, par la mobilisation d'un ensemble de ressources d'observation, de communication, de transmission et d'action, assure une fonction « d'interface » entre l'utilisateur et les autres professionnels, mais aussi entre les professionnels du domaine du social et de la santé » (Perriard et al., 2009, p. 4). Dans notre introduction nous expliquions que l'ASE est une grande source d'observation et d'informations pour les équipes soignantes comme pour les équipes d'animation, mais selon les personnes interrogé-e-s, les soignant-e-s sont aussi une source précieuse de renseignements, parce qu'elles et ils apportent un regard différent, mais supplémentaire sur la personne âgée. Bien que cette approche différente soit parfois critiquée, elle peut aussi s'avérer bénéfique à une complémentarité nécessaire à un accompagnement global de la personne. Toutes les personnes qui ont répondu à nos questions ont été unanimes sur le fait que la collaboration avec le secteur des soins est non seulement important parce qu'il est source de

précieux renseignements qui peuvent servir à l'accompagnement des bénéficiaires, mais encore il donne une vision supplémentaire sur la situation de chaque résident-e et cela enrichit les prestations que les ASE peuvent offrir :

R1 « *Je peux amener aux soins... aux soignants des informations qu'ils avaient pas.* »

R2 « *je dirais plutôt que c'est ça... ça aide justement, (...) ils ont un autre regard je dirais et c'est très important d'avoir ce regard extérieur, enfin le regard d'un autre ... d'un autre secteur parce qu'ils vont voir quelque ch... parce qu'ils vont voir la personne différemment* »

De plus, il arrive régulièrement que cette collaboration se fasse de manière plus pratique, c'est-à-dire lorsque les membres de l'équipe des soins – ou des autres secteurs d'ailleurs – viennent seconder l'équipe d'animation, lors des manifestations par exemple, ou alors lorsque des membres de l'équipe d'animation vont sur les étages pour aider leurs collègues des soins, notamment si l'équipe des soins est en sous-effectif.

Une collaboration donc plutôt appréciée et estimée de la grande majorité de nos répondant-e-s, mais « *conflit bien sûr qu'il y a souvent des conflits comme dans toutes les institutions* » (R1). En effet, nous allons maintenant aborder une autre facette de la collaboration interdisciplinaire, facette qui démontre qu'il y a tout de même des tensions qui émergent de cette collaboration qui reste dans tous les cas une condition de l'exercice du métier d'ASE, tout comme, soit dit en passant, une condition de tout métier.

7.3.2 Difficultés et Tensions

Notre partie théorique mettait clairement en évidence que dans un contexte médico-social, la question de l'équipe et des tensions qui y sont inhérentes semble encore plus pertinente que dans d'autres contextes, parce qu'en dehors des conflits de territoire, se greffent des conflits de valeurs liés à la logique professionnelle de chaque individu, ou à la non reconnaissance de l'autre professionnel-le. Ces freins à la collaboration ont été maintes fois relevés par les ASE de notre échantillon.

En effet, des approches différentes, une incompréhension du travail que fait l'ASE (mise en évidence par la catégorie de la re-connaissance), des tensions entre les secteurs ou à l'intérieur des secteurs, une non-collaboration complète entre les collègues (ce fut le cas pour un-e seul-e répondant-e), un manque de moyens institutionnels et une collaboration liée à un ordre hiérarchique qui place tous les membres du secteur d'animation, même les responsables, comme subalternes de la ou du responsable du secteur soins sont des éléments qui, selon les ASE, freinent régulièrement la mise en place des « projets d'accompagnement » des résident-e-s et qui entraînent des frustrations. Nous ajouterons à cela, le fait que la moitié de nos répondant-e-s ont exprimé avoir encore plus de difficultés à collaborer en psychogériatrie (qui sont souvent des secteurs à part au sein des institutions), parce que les cadres stricts posés pour chaque résident-e, la médication plus lourde des bénéficiaires ou la situation plus complexe des résident-e-s s'avèrent être des obstacles à l'accompagnement ou aux animations qu'elles et ils souhaiteraient mettre en place.

Nous tenons toutefois à signaler que tous les conflits dont il a été question lors de nos entretiens n'étaient pas tous dans les interactions avec le secteur des soins, bien que majoritaires, mais aussi parfois avec des membres de l'équipe d'animation. Nous citerons quelques exemples qui illustrent bien les tensions qui peuvent péjorer la pratique des ASE :

R1 « *l'animation et les soins c'était toujours un peu la... je ne veux pas dire la bagarre, mais il y avait toujours **un petit peu de souci*** »

R2 « *Alors je pense, les... ben les soins peut-être ils sont **un peu plus fermés**, peut-être aussi le fait qu'on collabore beaucoup avec eux peut-être qu'il y a plus de... (rires) de tensions ou comme ça (...) Après*

*y a... y a toujours des s... enfin dans les soins ou dans d'autres secteurs, où des **qui parlent sur l'animation** comme ça. Ça on ... on a toujours dans les équipes »*

Parfois les ASE expriment qu'elles et ils n'ont pas bien su expliquer la raison de leurs démarches, elles et ils n'ont pas réussi à justifier le bien-fondé de leur projet d'accompagnement pour la ou le résident-e et que par conséquent, il n'a pas pu aboutir, ce qui souvent entraîne une certaine frustration :

- R1 *« Et puis ... j'ai pas réussi réellement à argumenter pourquoi je voulais le faire, (...) et puis **ça a pénalisé justement les personnes**, et puis ben malheureusement des fois, c'est vrai que là ça avait été un peu dommage quoi ! (...) Si j'avais pas eu la collabor... c'était un collègue de l'animation, mais qui malheureusement avait une formation de soins et puis qui avait quand même été engagé dans l'animation »*
- R2 *« où ils trouvent que c'est pas intéressant, je trouve que c'est vraiment très intéressant pour les gens justement déments, c'est vraiment le truc qui m'a le plus... euh... **dégoûtée** quoi ! (...) J'ai pas pu ... Ils ont pas compris pourquoi ... »*

Enfin, il arrive bien évidemment que des tensions d'ordre personnel naissent au sein de l'institution et que l'accompagnement des bénéficiaires en fasse les frais. Trois de nos répondant-e-s ont mentionné des expériences négatives où les enjeux étaient plus d'ordre privé que professionnel, et à chaque fois, les démarches en vue d'un accompagnement centré sur un besoin ou des désirs des résident-e-s ont été menées à l'échec :

- R1 *« Euh ... Si personne y met un frein, c'est vrai que malheureusement là où je travaille il arrive de temps en temps y ait certaines personnes, je sais pas pourquoi... c'est triste mais ... essayent de mettre un frein à la collaboration, pour embêter pour... pour être méchant, enfin je... je sais pas, (...) c'est... c'est personnel, des fois c'est des... malheureusement, c'est **des petites vengeances** au sein de l'institution »*
- R2 *« Non, la personne en fait elle est... elle a pas d'idée, (...) elle essaie de piquer les idées des autres. Et pis... euh... ça fait un conflit. (...) C'est **de la jalousie** en fait »*

Assurément, dans ces cas-là, la collaboration, ou le cas échéant, la non-collaboration, peut être un bon terrain pour mettre à jour les conflits entre les personnes. Les propos des ASE ayant eu à vivre de telles expériences sont teints de souffrance et rancœur. Ce n'est heureusement, pour cinq d'entre elles et eux, des épisodes rares, bien que prégnants.

Les ASE expliquent à maintes reprises que, comme leur travail est peu connu, il est peu reconnu et que, comme leur introduction dans les établissements pour personnes âgées est récente, elles et ils doivent constamment se battre pour se faire entendre et justifier l'accompagnement qu'elles et ils proposent au sein de l'EMS. Elles et ils ont l'impression que ce manque de re-connaissance provient principalement, mais pas uniquement, des soignant-e-s. L'accompagnement proposé par les ASE est parfois mal considéré et les collègues des soins auraient, selon les ASE, le sentiment qu'elles et ils proposent des sorties, des activités ludiques ou des passe-temps, sans se rendre compte du but « thérapeutique » qui justifie leurs prestations:

- R1 *« Je dois beaucoup me défendre. C'est vrai que dans les colloques soins, on doit énormément se... se défendre et puis argumenter »*
- R2 *« le secteur animation, je dirais c'est un peu le secteur qui est ... pas très aimé dans les EMS, 'fin un peu envié ou je sais pas vraiment ce que c'est quoi (rires), (...) donc des fois c'est... c'était assez difficile au colloque (...) il fallait se défendre beaucoup »*

Nous constatons que, selon les ASE interrogé-e-s, les professionnel-le-s des soins critiquent parfois le travail fait en animation. Cependant nous avons aussi remarqué que certain-e-s répondant-e-s ASE portent aussi une critique acérée sur l'investissement de certaines personnes qui travaillent dans les soins et estiment que certain-e-s professionnel-le-s y travaillent avec une motivation différente de celle du bien-être de la personne âgée. Bien évidemment, le regard que les professionnel-le-s portent les un-e-s sur les autres n'est pas sans influence sur les interactions collaboratives:

R1 « *c'est vrai que c'est différent et les envies des personnes qui sont ... qui... qui soignent sont aussi différentes. (...) Je sais pas si on peut le dire [en parlant de certains membres de l'équipe des soins, ndlr], mais rien à faire d'être là, parce que réellement c'est le salaire à la fin du mois qui va tomber et puis la personne âgée qui est en face de nous ... voilà ... c'est... elle est là parce que **je dois m'en occuper et puis point barre !** (...) on... on travaille dans un foyer, pis on n'aime pas les personnes avec qui on est (...) 'fin moi ça m'aberre personnellement, je trouve ça aberrant des fois ce que j'entends. (...) Et je trouve ça triste »*

Lien hiérarchique entre l'ASE et la ou le responsable des soins

Nous terminerons cette catégorie sur la collaboration par une donnée des plus intéressantes pour nous, parce qu'elle démontre bien que le fonctionnement des EMS reste très proche d'une vision médicalisée de l'accompagnement des résident-e-s, malgré le fait que des efforts certains sont mis en place pour offrir des prestations plus sociales aux personnes âgées institutionnalisées. Le rapport de l'AFIPA (2007) sur la place de l'animation en EMS stipule que « l'AFIPA recommande que le secteur de l'animation soit autonome hiérarchiquement des soins infirmiers en raison de sa nature différente – mais néanmoins complémentaire – et de son ouverture vers l'extérieur. La mise sur pied d'une organisation claire entre les secteurs, qui prend bien entendu en compte la mission et la taille de l'établissement, permet à l'animation de se développer de manière indépendante, sous la responsabilité directe et globale de la direction ». Pourtant, au terme des entretiens menés, nous pouvons affirmer que cette recommandation ne semble nullement refléter la réalité de terrain des personnes interrogé-e-s dans le cadre de notre travail de bachelor. Un seul des EMS semble permettre à son animation une autonomie d'action, donc peu dépendante du secteur des soins :

R1 « *ils se mêlent pas » (...)* « *donc vraiment c'est ... on fait des trucs pluridisciplinaires, mais après au niveau des décisions, on va pas ... non on mélange pas »*

Dans les cinq autres EMS, et bien qu'un seul d'entre eux rattache officiellement son secteur animation à celui des soins, il s'avère que l'influence de la ou du responsable du secteur des soins soit déterminante dans les décisions prises pour l'accompagnement des résident-e-s et que donc l'autonomie du secteur soit tout de même soumis à l'approbation finale de la part du secteur des soins. Bien que les ASE interrogé-e-s disent jouir d'une certaine marge de manœuvre qui les satisfait pleinement, nous nous sommes rendu compte que cette marge de manœuvre est valable pour toutes activités ludiques et de plaisir au sein de l'institution, mais que lorsqu'il s'agit de mettre en place un projet plus conséquent, directement lié avec des besoins et des désirs, un projet d'accompagnement personnalisé, et donc plus conséquent, elles et ils doivent tous et toutes le soumettre à la personne responsable du secteur des soins, ce qui bien évidemment n'implique pas forcément des conflits, étant donné que plusieurs ASE l'estiment plutôt collaborante :

R1 « *je pense tout le monde a son mot à dire, mais après le... la responsable infirmière aura quand même le dernier mot »*

R2 « (...) et la cheffe-infirmière... C'est quand même la plus importante on va dire... j'ai plus de dialogue avec la cheffe de la... la cheffe-infirmière, puisque voilà quoi, on travaille directement sous la personne »

Nous constatons ici que, même après que les ASE aient communiqué et discuté de leurs projets d'accompagnement avec leur responsable de secteur, ce ou cette dernière doit encore les faire valider par la ou le responsable des soins. Dans cinq des six EMS dans lesquels travaillent les ASE de notre échantillon, chaque décision doit être finalement toujours approuvée par un-e supérieur-e hiérarchique, soit la direction, soit la personne qui occupe le poste d'infirmière-cheffe ou infirmier-chef. Cette donnée nous a surpris et nous remettons volontiers en question ce lien hiérarchique, parce que chaque professionnel-le jouit d'une formation qui lui confère des compétences différentes. En effet, une formation médicale et une formation sociale développent des compétences, certes complémentaires et interactives, mais distinctes, donc il nous paraît interrogeant le fait qu'un-e professionnel-le de formation HES du milieu médical vienne infirmer ou confirmer des décisions appartenant au domaine social et prises par des professionnel-le-s du domaine social. Par contre, nous supposons que, à condition que les EMS admettent de modifier leur fonctionnement, cette donnée risque fortement d'être modifiée lorsque les travailleurs et travailleuses sociales de niveau HES feront partie intégrantes des équipes en EMS. Ces dernières et derniers seront probablement plus à même de justifier leur pouvoir sur les décisions concernant l'accompagnement socio-éducatif des bénéficiaires, tout en entretenant bien évidemment une collaboration étroite avec l'équipe de soin pour le bien-être de la et du résident-e.

Nous terminerons par évoquer un dernier frein, non lié à la collaboration interdisciplinaire, mais qui nous paraît avoir un impact non négligeable sur l'accompagnement des résident-e-s. Il s'avère que ce n'est pas uniquement un manque de collaboration avec les autres membres des équipes qui entrave parfois la mise en place de projets, mais aussi un manque de moyens institutionnels. Cet élément revient en constance dans tous les entretiens et il est aussi une source de frustration pour les ASE :

R1 « si je fais une sortie, au niveau du budget je dois me limiter, je peux pas faire ce que je veux. (...) j'ai pas pu la faire parce que voilà on n'a pas les moyens. (...) mais ce qui me dérange c'est vraiment... euh... on a tellement d'idées et puis on est limité. »

R2 « c'est une frustration, mais qui est liée à des moyens et la dotation de personnel et c'est pour toutes les institutions pareil. On a... on doit faire toujours plus avec toujours moins »

Sur ce dernier frein s'achève cette catégorie. Nous souhaitons maintenant nous intéresser à la façon dont les ASE pallient ces difficultés de collaboration, ou à ce qu'elles et ils mettent en place pour collaborer de façon plus efficace ou simplement de façon plus sereine. Nous les avons donc interrogé-e-s sur leur « trucs et astuces » pour une meilleure collaboration au sein de leur institution.

7. 4. Pratiques des ASE pour améliorer la collaboration avec leurs collègues

Un des objectifs de ce travail était de définir quelles sont les pratiques mises en place par les ASE pour améliorer la qualité de la collaboration avec leurs collègues. Le guide de l'entretien amenait donc nos répondant-e-s à aborder le sujet. Nous avons constaté que pour tous et toutes, collaboration coïncidait avec communication, au point tel que nous avons parfois dû préciser notre question pour nous rendre compte qu'elles et ils avaient bien compris notre demande. En effet, il semblerait que tous et toutes lient étroitement communication et collaboration, et que souvent elles et ils en font un tout :

R1 « Souvent c'est... c'est la base de tout la communication. C'est une phrase qu'on dit toujours (rires) un peu bateau et tout ça, mais c'est vrai que c'est... c'est la base, c'est vraiment important et

souvent à l'époque l'animation et les soins c'était toujours un peu la... je ne veux pas dire la bagarre, mais il y avait toujours un petit de souci»

De plus, il semble que pour nos répondant-e-s, le fait de collaborer est souvent lié au fait de « faire évoluer les choses » :

R1 « *«Mais la collaboration... j'ai essayé de mettre sur pied, mais je pense qu'il faut quand on donne des id... quand on a des idées, il faut du temps, ça doit mûrir, pour mettre en place il faut des fois des mois ou des années, hein ! »*

R2 « *Mais je sais ce que je peux mettre en place, ce que je peux dire pour que ça évolue. »*

De nos entretiens, nous pouvons affirmer que les ASE en EMS mettent en place certaines pratiques professionnelles qui leurs permettent de mieux collaborer au quotidien, et de mieux se faire entendre par les autres membres des équipes, notamment du secteur des soins, secteur avec lequel les interactions sont majoritaires et quotidiennes.

Premièrement, les ASE ont décidé de **communiquer principalement avec les responsables**, en mettant en avant le fait que les informations transmises ont plus d'impact quand elles sont adressées directement aux responsables de secteur ou à la direction. En effet, elles et ils semblent choisir fortement à qui l'information ou la demande est transmise et tous et toutes disent faire appel au plus haut de la « hiérarchie » afin d'être considéré-e-s et afin que la transmission ne soit pas négligée ou modifiée :

R1 « *Alors je... les les informations déjà je transmets **toujours aux responsables**, pas à un aide-soignant ou comme ça, qui transmet à son équipe (...) l'information elle sera mieux transmise déjà et pis aussi ... ben on est un peu le soutien entre guillemets du responsable pis les... les autres ils ont pas rien à dire, mais on sait qu'on a ce soutien justement de **la direction** ou comme ça, donc on essaie d'aller au plus haut. »*

R2 « *Souvent... l'information est perdue en route suivant vers qui on va. Donc moi j'appelle le **responsable** de l'unité, comme c'est par étage, le responsable d'un étage (...) l'information passe plus facilement et y a pas de perte d'information entre-temps, donc c'est par téléphone au responsable que je le fais, c'est **par mail** souvent, j'aime le faire par mail, aussi au responsable qui est, comme ça l'information est aussi écrite, il y a une preuve de cette information-là, elle se perd pas en route (...). Ce que j'aime beaucoup faire donc, c'est par écrit au responsable comme ça l'information se perd pas, et puis voilà, je pense que c'est les principales choses que je fais pour collaborer je dirais de manière optimale. »*

Deuxièmement, le fait de transmettre les informations de **façon écrite** et de laisser donc une preuve de la transmission est souvent relevé par les participant-e-s à notre enquête. C'est, comme nous l'avons vu plus haut, non seulement un moyen de communication privilégié au sein des institutions, mais encore il permet de ne pas perdre la trace de l'échange.

Une personne interrogée, la plus âgée de notre échantillon, explique que pour pouvoir collaborer au mieux, elle fait couramment **appel aux émotions**, c'est-à-dire qu'elle essaie d'amener ses collègues à comprendre et accepter sa demande en comparant par exemple les résident-e-s à des membres de la famille et qu'elle le fait avec clarté et tact :

R1 « *Je dis les choses **clairement**, mais avec beaucoup de... de **psychologie** quand même. (...) Et en parlant de la maman...»*

Transparence et clarté sont aussi des éléments évoqués par deux autres répondant-e-s qui l'appliquent également dans la collaboration afin de la rendre meilleure :

R1 « (...) donc j'essaie vraiment de travailler dans ce sens-là, de ... **être transparent**. (...) les gens ils voient aussi le sens de mon travail et il prend plus en considération l'animation. »

R2 « **Synthétiser** et avoir les choses assez claires (...) j'ai tendance à plus synthétiser et ça passe beaucoup mieux, les informations sont **plus claires**. »

Nous avons listé-là les principales pratiques que mettent en place des ASE interrogé-e-s pour mieux collaborer. Bien qu'elles ne soient pas nombreuses, elles semblent suffire à rendre la collaboration plus efficace.

Nous aborderons maintenant une catégorie nouvelle, celle qui concerne l'accompagnement socio-éducatif, catégorie qui répond à un de nos objectifs de recherche.

7. 5. Définition de l'accompagnement socio-éducatif par les ASE

Nous avons eu beaucoup de difficultés à définir l'accompagnement socio-éducatif dans notre cadre théorique, principalement parce que les sources nous manquaient. Nous avons par ailleurs demandé à un enseignant de l'ESSG et à des apprenti-e-s ASE de nous donner des pistes, mais nous n'avions eu aucune réponse claire pour cette définition. Comme il s'agissait-là de l'un de nos objectifs, nous avons préparé notre guide d'entretien de manière à amener les ASE à s'exprimer sur le sujet. Leurs réponses sont très intéressantes, même si nous nous sommes rendu compte que cette question semblait parfois les prendre quelque peu au dépourvu (temps d'hésitation, longs silences, expressions du visage, etc.). Avant de donner une définition de l'accompagnement selon les ASE, nous souhaitons relever le fait que deux des six personnes interrogées ont, avant de répondre à notre question, soulevé le fait qu'elles avaient des réticences à qualifier leur accompagnement de socio-éducatif, parce qu'elles ne le trouvaient pas adéquat pour la population auprès de laquelle elles travaillaient :

R1 « (long silence) Ça c'est une bonne question, hein ! Je me demande des fois si ce mot il est juste (rires)... éducatif, je ne le mettrais déjà pas, pas pour heu... pas pour la personne âgée, on n'est pas là... Je trouve que pour la petite enfance peut-être ça peut aller, on a jamais tellement été d'accord à la formation pour ce mot, hein ? (...) Mais éducatif, je suis pas tellement d'accord avec ce mot. (...) C'est pour ça que je suis pas même sûre que j'appellerais ç... j'me demande si ce... heu... si on a mis le bon mot pour cette profession. (...) On accompagne, mais je crois que je l'aurais pas mis en premier. »

R2 « (...) Le mot éducatif est toujours un petit peu pris au deuxième degré pour des résidents âgés puisqu'on n'est pas dans l'éducation, mais bien dans l'accompagnement. »

A part le terme « éducatif » (et même « accompagnement ») qui semble remis en question par deux des répondant-e-s, les ASE donnent tous et toutes une réponse similaire à notre question. Certains éléments reviennent avec force et conviction dans tous les entretiens menés, plus exactement pour cinq d'entre eux. Pour les ASE, l'accompagnement c'est avant tout **la qualité de la présence, l'écoute attentive, l'échange** avec la ou le résident-e, la mise en place d'activités qui **répondent à leurs besoins et à leurs envies**, le fait **d'être centré-e sur la personne** et non pas sur soi-même et enfin **améliorer le quotidien des bénéficiaires**. Le bien-être des personnes âgées est primordial pour chacun-e des ASE. Les six ASE pensent que l'accompagnement se fait sur toute la journée et ne l'assimilent pas forcément aux temps d'animation. Elles et ils ont tous et toutes tendance à supposer que l'accompagnement se fait plus présent lorsque l'échange avec la ou le résident-e est individuel, sans l'exclure toutefois des activités collectives :

R1 « Ben heu (hésitation)... Dans le moment que je suis impliqué pas juste je suis physiquement à côté d'une personne âgée (rires), mais je suis complètement absent avec ma pensée, ça c'est pas l'accompagnement. Du moment qu'il y a un échange, y a Voilà quoi.»

R2 « Alors de l'accompagnement je pense qu'on le fait tout le temps... pour moi ... quand on prend le temps de discuter avec quelqu'un, j'accompagne quelqu'un, j'écoute ses envies, ses projets (...). Quelqu'un est seul un moment, je vais m'asseoir à côté... (...) donc on écoute aussi le besoin, les désirs, c'est des désirs qu'ils ont, alors on essaye de réaliser. »

En dehors des éléments régulièrement relevés par les ASE, nous évoquons dans notre cadre théorique que des notions telles que la participation active ou l'autonomie de la ou du bénéficiaire étaient très attachées à une définition de l'accompagnement socio-éducatif. Bien que nous remarquions ici qu'aucun-e des ASE n'en parlent lorsqu'elles et ils donnent leur définition de l'accompagnement, ces deux notions reviennent très régulièrement dans leurs propos, lorsqu'elles et ils expliquent leurs pratiques professionnelles.

Pour terminer notre analyse nous avons choisi de traiter d'un sujet qui n'était pas attendu dans notre analyse mais qui a été à chaque fois évoqué par nos répondant-e-s, un sujet des plus actuels pour les EMS du canton de Fribourg.

7. 6. Contraintes et exigences cantonales

Depuis 2013, suite au nouveau financement des soins par les assurances maladie, le canton a introduit un instrument d'évaluation des résident-e-s (RAI) dans les EMS fribourgeois. Ce RAI sert à évaluer de façon globale la personne âgée, son état de dépendance notamment. En fonction de son niveau de dépendance, l'EMS recevra des assurances un certain montant pour la ou le résident-e. Cet outil est utilisé au quotidien par l'équipe avec dessein d'énoncer et justifier tous les actes posés pour la et le bénéficiaire en fonction de sa situation. L'introduction de cet outil d'évaluation semble avoir un grand impact sur les pratiques professionnelles des ASE, tout comme sur celles de leurs collègues. Chaque répondant-e a abordé ce sujet, sans que nos questions l'y incitent. Chacun-e constate que le volume de leur travail en est considérablement augmenté, et la majorité d'entre elles et eux déplorent le fait que ce temps dédié à l'administratif porte préjudice à la qualité des prestations dans l'accompagnement. Malgré tout, deux répondant-e-s ont énoncé le fait que le RAI permet de justifier leurs actes et par conséquent, de mieux faire connaître le travail accompli auprès des bénéficiaires. Les autres membres des équipes peuvent mieux se rendre compte de la pertinence des actes accomplis. Cet outil d'évaluation participe aussi à une meilleure transmission des informations vu qu'il est accessible par tous et toutes les professionnel-le-s impliqué-e-s auprès des personnes âgées et donc à une collaboration plus étendue au sein de l'institution et en dehors de celle-ci.

7.6.1 Les exigences cantonales permettent une certaine re-connaissance du métier d'ASE

Le RAI permet une meilleure transmission des informations, étant donné que tout événement est transcrit, décrit et catalogué. Effectivement, chaque acte et geste posés en fonction d'une situation ou d'un événement est énoncé. Cela sert à justifier le financement des assurances, mais au-delà de cette fonction, le RAI met en lumière toutes les actions mises en place par l'ASE et son équipe, ainsi que celles des autres équipes. Cela favorise la transmission centralisée des informations et participe donc à une meilleure communication. Cela permet aussi aux autres membres du personnel de se rendre compte de la nécessité de la fonction de l'ASE et de la re-connaître en partie. Nous ajouterons que cet outil d'évaluation demande aux professionnel-le-s de verbaliser chaque acte accompli et donc de réfléchir à leur pratique professionnelle, ce qui semble porteur de sens.

Le RAI permet de mettre en évidence « tous ces petits rien du quotidien » que l'ASE met en place pour le bien-être de la ou du résident-e. Rappelons ici que notre cadre théorique évoquait déjà l'importance de dire sa pratique comme « condition nécessaire à la reconnaissance de la pratique professionnelle » (Libois, 2013, p. 68). Les ASE mentionnent elles et eux aussi le fait que le RAI les obligent à justifier le travail fait auprès des résident-e-s et donc que c'est un moyen d'accréditer leurs actes posés :

- R1 *« comme ça les soins ils voient aussi sur ce DSI, si on a une observation... euh... euh qu'une personne a chuté ou comme ça quand on était là, alors on fait aussi une observation. Donc c'est autant utile pour les autres secteurs qui soient au courant, mais aussi pour le médecin, il peut aussi voir, et puis même la famille si ils aimeraient voir ce dossier, ils peuvent aussi »*
- R2 *« puisque le canton de... demande beaucoup de... de paperasse, donc on valide tous nos actes, on justifie. »*

Toutefois, malgré les avantages d'un tel système d'évaluation, il s'avère que le RAI est très souvent remis en question par les personnes qui l'emploient, notamment par les ASE. En effet, depuis son introduction, il semble que les conditions d'accompagnement des résident-e-s aient été modifiées et que le temps à disposition pour chaque résident-e en soit encore plus réduit, à cause de la charge de travail augmentée par les évaluations à remplir.

7.6.2 Contraintes parfois au détriment de l'accompagnement des résidents

Les ASE relèvent la charge de travail due aux nombreux documents à remplir en vue du financement de leurs prestations. Ce travail administratif fait partie de leur quotidien et les oblige à se placer plusieurs fois par jour devant l'ordinateur pour remplir ces documents cantonaux. La plupart des ASE expliquent que le RAI leur prend beaucoup de temps dans la journée et que cela porte préjudice à la qualité de l'accompagnement qu'elles et ils peuvent offrir aux résident-e-s :

- R1 *« après il faut faire les RAI, les observations globales ... tu perds bien trois quarts d'heure à une heure par jour. C'est énorme ! »*
- R2 *« Ensuite à la fin de ces activités, là on doit malheureusement les inscrire dans le SIMS, ce que je déteste faire, mais qui est obligatoire. On passe des fois plus de temps dans ce SIMS que... avec les personnes (...) parce que malheureusement c'est souvent le cas, c'est que... on a cette informatique à faire, pis on se dépêche d'être avec les gens et puis on... on oublie... on oublie la personne qu'on a en face de nous pour se consacrer à cet ordinateur et puis c'est vrai que c'est... c'est pas quelque chose que j'apprécie et donc je préfère rester cinq minutes ou dix minutes après le travail pour retaper un bout de ce que je dois écrire plutôt que de... de me presser avec les personnes avec... avec lesquelles je suis»*

Tous et toutes sont unanimes, une partie de leur temps de travail est employée pour répondre aux exigences du RAI et cela semble être lourd de conséquences sur leur mission auprès des bénéficiaires. Il est même relevé que la situation est encore plus lourde à porter dans les soins et que les responsables du secteur soins qui doivent s'impliquer d'avantage dans le RAI ne sont plus des sources d'informations aussi précieuses que les aides-soignant-e-s ou les ASSC parce qu'elles et ils sont moins en contact avec les bénéficiaires. Un-e des répondant-e-s l'explique :

- R1 *« ben c'est vrai que quelqu'un qui est plus dans un bureau comme l'infirmière aura... enfin moi je trouve... aura moins de temps, elle passe moins de temps avec la personne âgée et pis ne pourra pas forcément nous le dire, donc c'est vrai que c'est souvent quelqu'un qui est formé ASSC ou aide-infirmière. »*

Le RAI favorise l'interdisciplinarité, certes, aussi bien à l'intérieur de l'établissement, entre les différents secteurs de l'EMS, qu'avec les partenaires extérieur-e-s (médecins, familles, thérapeutes, etc.), mais il semble que son introduction soulève de nombreuses difficultés.

Au vu de cette « exposition » du suivi des résident-e-s dans des dossiers informatisés accessibles par des autorités extérieures à l'EMS (assurances notamment), nous nous permettons de remettre en question la protection des données ainsi que la confidentialité que tout-e professionnel-le doit à sa ou son bénéficiaire. Du moins, nous poserons un regard interrogateur face à des valeurs éthiques qui semblent mises en danger par cet outil d'évaluation qui contraint les ASE et leurs collègues à afficher toute difficulté rencontrée et toute « faillibilité » de chaque résident-e et qui, de plus est, leur demande d'y investir beaucoup de temps, parfois au détriment du temps passé auprès de cette dernière ou ce dernier. En outre, nous estimons que le fait que les proches de la ou du bénéficiaire et les assureurs et assureuses aient la possibilité d'en prendre connaissance, pourrait mettre en péril le respect de l'intimité et la vie privée, du moins ce qu'il en reste pour une personne vivant en institution.

Nous terminerons en appuyant que l'impact du RAI sur l'accompagnement se fait sentir à tous les niveaux dans les EMS fribourgeois. Nos répondant-e-s l'ont mentionné à plusieurs reprises, elles et ils en ont tous et toutes spontanément parlé. Dans un article du *Freiburger Nachrichten* du 26 mars dernier, Margrit Klaus, directrice d'un EMS en Singine, regrette que l'ampleur administrative péjore l'accompagnement des résident-e-s: « „Manchmal stellt sich schon die Frage, ob der Mensch vor lauter Administration vergessen geht“, sagt sie und spricht damit das aufwendige Einstufungssystem RAI an, das seit 2013 vorgeschrieben ist. „Das diplomierte Personal ist dauernd damit beschäftigt“. „Der Administrative Aufwand hat sich in der Zeit verdoppelt, wenn nicht gar verdreifacht“ erklärte sie. Für die Pflege bleibe so immer weniger Zeit. »¹⁸ (p. 6). Un autre article publié le 17 octobre 2014 sur la *rts.ch* dénonce le RAI et ses conséquences non seulement pour les bénéficiaires, mais encore pour les professionnel-le-s en EMS: « Les employés de la branche pointent aussi du doigt des dotations insuffisantes en raison de la non-reconnaissance d'une série d'actes dans le cadre du nouvel outil d'évaluation. Celui-ci sert de base de données pour définir le degré d'accompagnement et la dotation en personnel soignant. "Cette situation est source d'importantes souffrances pour le personnel", souligne le Syndicat des services publics. »

Nous soutenons que cette réalité de terrain est indéniable¹⁹ et que les personnes interrogées en sont bien conscientes. Certaines marquent plus fortement leur mécontentement face à la charge administrative et d'autres le notent et le regrettent, mais semblent l'accepter comme une nécessité (ou une fatalité).

Notre travail d'analyse prend fin sur ces notes interrogatives et questionnantes. Nous espérons avoir pu être au plus proche de la réalité, bien que nous soyons consciente qu'une part de subjectivité, de notre part comme de celle des ASE interrogé-e-s, fait partie de toute analyse. Nous avons été attentive à ne pas laisser trop de place à l'interprétation, mais nous savons bien évidemment qu'elle est inévitable. Nous concluons en citant Daniel Barenboïm (2014) qui explique que l'acte même d'interpréter est un geste éthique autant qu'esthétique (p. 9-39) et qu'« un des impératifs éthiques les plus stimulants pour un interprète est celui de trouver un juste équilibre entre l'intellect et l'émotion » (p. 18).

¹⁸ « Parfois la question se pose si, face à une forte charge administrative, l'être humain en n'est pas oublié », dit-elle en faisant allusion au système d'évaluation RAI en vigueur depuis 2013. « Le personnel diplômé est constamment occupé à ça ». « Les contraintes administratives ont doublé, si ce n'est pas triplé » explique-t-elle. « Pour les soins il reste si peu de temps. »

¹⁹ Nous la vivons aussi dans le cadre de notre profession auprès des personnes âgées dans un accueil de jour, alors que la quantité de travail lié au RAI est allégée par rapport aux EMS.

8. Conclusion

Au terme de ce travail, le « nous » devient « je » parce que cette partie conclusive est construite sur des positionnements personnels et professionnels, sur une autoévaluation du processus d'apprentissage au cours de ces mois de rédaction du travail de bachelor, donc il paraît plus pertinent de privilégier une forme plus personnelle que celle employée jusque-là.

Cette partie conclusive, divisée en trois chapitres, permettra dans un premier temps de proposer une réponse à la question de recherche de ce travail, tout en mettant en évidence, dans un second temps, les résultats obtenus pour les quatre objectifs de départ. Ensuite, les apports de ce travail pour ma pratique professionnelle seront présentés et enfin, un positionnement personnel face au processus de recherche sera donné.

8.1 Proposition de réponse à la question de recherche

Il est à présent possible de proposer une réponse à la question de recherche de ce travail, et je le ferai entre autres par le biais des objectifs de départ.

« Comment les assistant-e-s socio-éducatifs et socio-éducatives qui travaillent en établissements médico-sociaux fribourgeois collaborent au quotidien avec l'équipe professionnelle pour l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s ? »

Selon mon enquête, les ASE travaillant en EMS dans le canton de Fribourg collaborent quotidiennement avec les membres des autres équipes ou avec les membres de leur équipe. Pour ce faire, elles et ils ont à disposition de nombreux moyens de collaboration et de communication. Les moments formels, c'est-à-dire les colloques ou les réunions agendées, sont réguliers dans certaines institutions et ne le sont pas dans d'autres. Cependant, les moments dits informels, c'est-à-dire les échanges spontanés entre collègues, tels que les échanges verbaux, les appels téléphoniques, les rencontres dans les couloirs ou encore les mails, sont fréquents pour la grande majorité des ASE du canton. La communication et la transmission des informations sont souvent liées à la collaboration, et elles sont très présentes dans le travail socio-éducatif des ASE. Ces dernières et ces derniers estiment beaucoup le travail en équipe et la collaboration au sein de leur institution parce qu'elles et ils sont convaincu-e-s que leur mission ne peut être menée à bien sans la participation des collègues, que ce soit des secteurs cuisine, intendance ou soins. En ce qui concerne la collaboration plus spécifique à l'accompagnement socio-éducatif des bénéficiaires, les ASE collaborent plus intensément avec le personnel soignant de l'EMS. La collaboration avec ce dernier leur semble primordiale parce qu'elle apporte de nombreux bénéfices pour l'accompagnement global des résident-e-s. Par contre, cette collaboration est aussi plus sujette à conflits et tensions qu'avec les autres secteurs. Des logiques professionnelles distinctes, des incompréhensions face aux projets d'accompagnement des résident-e-s et par-dessus tout un manque de connaissance et de reconnaissance de la fonction d'ASE viennent régulièrement freiner le travail socio-éducatif des ASE. Les ASE sont bien conscient-e-s des limites de la collaboration en EMS, mais semblent aussi y trouver satisfaction et reconnaissent la nécessité de cette précieuse collaboration quotidienne avec les équipes professionnelles de l'EMS pour l'amélioration de leurs prestations aux bénéficiaires.

Je souhaite maintenant faire brièvement des liens entre les résultats de l'enquête et les quatre objectifs de départ de ce travail de recherche.

1. Comprendre quelle(s) définition(s) les ASE travaillant en EMS ont de l'accompagnement socio-éducatif sur leur lieu de travail.

Les ASE estiment que l'accompagnement se définit surtout par la qualité de présence auprès des bénéficiaires. L'accompagnement socio-éducatif place la personne accompagnée au centre des préoccupations de l'ASE qui essaiera de répondre à ses désirs et à ses besoins. Cet accompagnement devrait permettre une amélioration du quotidien des bénéficiaires, en s'attachant principalement à les valoriser et à préserver leur autonomie. Au contraire de l'accompagnement médical, l'accompagnement des ASE centre essentiellement son action sur la santé psychique et spirituelle des résident-e-s.

2. Définir quelles pratiques sont mises en place par les ASE en EMS pour collaborer de manière optimale avec les professionnel-le-s, notamment du milieu médical, dans l'accompagnement socio-éducatif.

Les ASE du canton de Fribourg ont mis en place, avec le temps et l'expérience de la collaboration, des pratiques qui leurs permettent de pouvoir mieux atteindre leurs objectifs d'accompagnement socio-éducatif. Lorsqu'elles et ils sont amené-e-s à collaborer avec les autres professionnel-le-s, elles et ils s'adressent avant tout aux personnes jouissant de plus de responsabilité et de marge de manœuvre. Ceci leur permet de ne pas subir de perte d'informations dues aux intermédiaires et donc d'avoir plus d'efficacité dans la collaboration. Ensuite, la façon de communiquer leurs projets d'accompagnement semble aussi être importante pour l'optimisation de la collaboration. Des propos clairs et synthétisés leur donnent en général un accès plus aisé à la collaboration d'autrui, parce qu'elle ou il comprendra mieux le sens de l'échange et de la demande. Une bonne communication des intentions et une bonne transmission des informations sont essentielles à la participation des collègues au projet d'accompagnement de la ou du résident-e. Le fait d'utiliser de moyens écrits (courriel) pour communiquer est aussi une pratique courante qui laisse des traces de l'échange et le fige, ce qui assure aux ASE et à leurs collègues que la communication en vue de collaboration a bien été faite.

3. Comprendre, du point de vue de ces mêmes professionnel-le-s, les avantages d'une collaboration interdisciplinaire dans l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s.

Les avantages de la collaboration interdisciplinaire sont clairs pour les ASE en EMS. La collaboration avec les secteurs de l'intendance ou de la cuisine leur permet de mettre en œuvre leurs projets d'accompagnement des bénéficiaires. En effet, elles et ils ont régulièrement besoin d'aide et d'appui pour toute démarche en lien avec l'accompagnement des résident-e-s, comme la préparation des chambres, la mise en place des sièges dans les bus de transport, l'aménagement des salles pour les manifestations, l'achat des aliments pour des repas spéciaux ou du matériel pour les activités. Toutes les démarches logistiques ou organisationnelles sont étroitement liées à leur collaboration avec les professionnel-le-s des autres secteurs. La collaboration avec le secteur des soins est elle aussi très avantageuse pour les ASE dans leur accompagnement socio-éducatif. L'équipe soignante joue un rôle complémentaire dans le travail de l'ASE parce qu'elle permet une prise en compte plus globale des bénéficiaires. Elle pose un autre regard sur la ou le résident-e, elle l'observe sous un angle différent. Cet apport vient compléter et enrichir les prestations de l'ASE qui est soucieuse et soucieux de prendre en compte toutes les dimensions de la personne accompagnée. L'équipe soignante vient étayer l'observation des ASE et permet parfois de pointer du doigt des inadéquations de l'accompagnement de l'ASE qui aurait négligé des contre-indications physiques ou mentales de la ou du résident-e. Les ASE apprécient la collaboration avec le secteur des soins et sont bien conscient-e-s de sa participation nécessaire à un meilleur accompagnement des résident-e-s.

4. Comprendre les difficultés engendrées par la collaboration dans l'accompagnement socio-éducatif des résident-e-s.

La collaboration avec le secteur soin est parfois rendue difficile à cause des logiques professionnelles différentes. En effet, une incompréhension mutuelle peut être à l'origine de tensions dans la collaboration et vient donc freiner la mise en place de projets d'accompagnement socio-éducatif. Parfois, dans les pratiques collaboratives, les ASE ont peine à expliquer le bien-fondé de leurs projets d'accompagnement et cela porte préjudice à leurs démarches. Elles et ils peuvent avoir peine à argumenter leurs choix et par conséquent, les autres professionnel-le-s sont plus réticent-e-s à être partie prenante du projet d'accompagnement de la ou du résident-e. La majorité des difficultés de collaboration proviennent du manque de connaissance de la fonction d'ASE, métier récent sur le marché et encore en construction d'identité. Les ASE elles et eux-mêmes ont peine à décrire leur fonction, et par conséquent, elles et ils ont peine à être reconnu-e-s par les professionnel-le-s œuvrant en EMS dans le canton de Fribourg. Ce manque de re-connaissance est probablement central dans les difficultés de collaboration et il me semble, qu'il faudrait, pour améliorer la situation, qu'elles et ils s'approprient leur identité, se familiarisent avec leur fonction et se différencient des animateurs et animatrices, ou des autres fonctions présentes en EMS. Pour cela, il me semble qu'elles et ils auraient besoin de références, de professionnel-le-s du domaine social qui pourraient les familiariser avec leurs pratiques professionnelles dans un milieu encore très médicalisé.

Ici j'appuierai mes propos par une citation de Madame Claire Roelli, ancienne directrice de l'Ecole professionnelle Santé-Social (Fribourg), lors de la mise en place de la nouvelle formation d'ASE dans le canton de Fribourg :

« La situation est semblable dans l'accompagnement de personnes âgées: un certain intérêt est présent mais une réflexion importante portant sur l'accompagnement social dans les EMS est à faire et surtout, l'aspect de l'encadrement, notamment par des travailleurs sociaux, dans ce domaine réservé essentiellement aux soins doit également trouver une solution » (Avenir Social, 2006).

Le métier d'ASE est toujours en recherche d'identité. Et ce fait pose des limites à ce travail de bachelor. En effet, ce travail questionnant la collaboration des ASE avec les équipes en EMS trouve des limites quant à la pérennité des résultats obtenus. Ces derniers reflètent la situation actuelle, celle de la réalité de terrain en 2014 et 2015, alors que le métier d'ASE et sa reconnaissance sont encore en pleine évolution. Une nouvelle ordonnance serait d'ailleurs d'ores et déjà à l'ordre du jour, ce qui démontre bien que le métier soit encore sujet à modification. En plus, les besoins sociaux des résident-e-s en EMS et des institutions, se font de plus en plus distincts. L'AFIPA et les directions des EMS sont en pleine réflexion quant à la dotation du personnel médico-social. Les directions engagent à rythme lent des personnes du domaine social dans le secteur animation, et donc des animateurs et animatrices socioculturelles ou des éducateurs et éducatrices sociales font leur entrée dans leurs murs. Les ASE sont les premières et les premiers à avoir eu accès à ces milieux médicalisés, cependant, le défi majeur pour ce nouveau métier est de réussir à motiver une certaine implication des nouveaux partenaires sociaux qui leur permettront de construire un profil professionnel solide et leur donneront des références auxquelles se fier pour mener à bien leur mission. Pour terminer, la question réside également dans l'ouverture des représentations face au social en EMS, représentation qui est actuellement en pleine évolution.

Comme je l'ai maintes fois mentionné, la reconnaissance d'une fonction est une condition à une bonne collaboration professionnelle, et pour être reconnue, il faut être connue. Sans connaissance de la fonction d'ASE, pas ou peu de reconnaissance. Je suppose que la reconnaissance des ASE évoluera ces prochaines années, et bien évidemment, les résultats sur la collaboration des ASE en EMS devront être mis à jour. Une nouvelle enquête de terrain mettra en évidence d'autres données et les résultats seront probablement différents. En attendant, il me semble que la question des besoins de référence des ASE en EMS pourrait

constituer un sujet de recherche très pertinent et intéressant. Les besoins institutionnels des EMS en compétences sociales et la modification de la représentation très médicalisée des EMS à Fribourg sont aussi d'autres sujets qui me paraissent porteurs de sens et d'intérêts.

Pour ma part, je me sens personnellement et professionnellement très engagée envers les personnes âgées institutionnalisées, et par la suite, je vais faire des liens entre mon travail de recherche et ma pratique professionnelle dans un foyer de jour qui accueille des personnes atteintes de démence et de la maladie d'Alzheimer.

8.2 Apports pour la pratique professionnelle

Le fait d'avoir écrit ce travail de bachelor a enrichi ma pratique professionnelle, bien que j'aie l'impression, que j'y ai adopté des comportements que je m'efforce d'appliquer depuis plusieurs années dans le cadre de ma profession et de ma formation d'éducatrice sociale. Ce travail de recherche m'a obligée à adopter une position de neutralité face aux propos de mes répondant-e-s, ce qui n'était pas toujours facile. Je me suis rendu compte que la façon dont je posais les questions ou mes mimiques pouvaient biaiser ou diriger les réponses des ASE, je me suis donc efforcée à chaque instant de ne rien laisser paraître de mes réflexions. Je suis une personne très engagée professionnellement, un peu militante parfois, et je dois avouer que je travaille depuis bien quelques années sur cette position de neutralité afin de ne pas interpréter les dires des bénéficiaires auprès desquel-le-s je travaille. L'enquête de terrain était pour moi très intéressante, je ne me lassais pas des échanges avec les ASE et je dois avouer que j'ai dû faire attention à ne pas interpréter leurs propos ou à ne pas en tirer de conclusion hâtive. En effet, le fait que je connaisse en partie la réalité de terrain des EMS pour y avoir travaillé en tant qu'aide-infirmière, et le fait que de nombreux liens étaient à faire avec ma propre pratique auprès des personnes âgées a mis en péril mon positionnement de chercheuse neutre. J'avoue que parfois l'émotionnel a été fort et que j'ai dû apprendre à rester très proche des propos des répondant-e-s afin d'éviter de donner une direction à mon analyse de données. Je pense que c'est en étant consciente de mon ressenti et de mes risques d'interprétation, autant dans ma profession que dans mon travail de recherche, que je peux limiter mon impact personnel sur l'échange avec les bénéficiaires et mes collègues : être à l'écoute et le faire de façon active en restant conscient-e de notre part d'implication. Je dirais qu'il existe de nombreux parallèles entre ma pratique professionnelle et mon travail de bachelor. Le cadre théorique reflète le travail de recherche que je pourrais faire sur les spécificités de la démence ou sur les ressources cantonales à disposition des bénéficiaires qui fréquentent notre foyer de jour. L'enquête de terrain reflète le travail d'enquête que je fais auprès d'un-e bénéficiaire et de ses proches pour apprendre à la ou le connaître, pour évaluer sa situation et pour en tirer des hypothèses d'intervention.

Par ailleurs, j'ai beaucoup apprécié le fait que de nombreuses personnes m'ont encouragée dans la rédaction d'un tel travail de recherche, en m'assurant que cela était un sujet encore méconnu et qu'elles avaient de l'intérêt à en connaître les résultats. J'ai l'impression d'avoir participé à la mise en valeur du métier d'ASE, métier que je connaissais peu et que j'envie pour sa proximité avec les personnes âgées en EMS. Mon travail de bachelor participe à la promotion d'un des premiers métiers du social en EMS fribourgeois et je dois avouer que cela ne me laisse pas indifférente.

8.3 Positionnement personnel face au processus de recherche

J'ai déjà mentionné plus haut mon avis sur la pérennité à moyen terme de mon travail de bachelor. Je suis consciente que tout travail d'analyse qui s'attache à décrire des comportements ou relations humaines est en constante évolution et susceptible de changement à court ou à long terme. Je ne regrette cependant pas le choix de mon sujet de travail de bachelor, il correspond à une réalité à un moment donné, il met en lumière la situation des ASE quelques années après leur introduction sur le terrain et permettra donc toujours de mieux comprendre les enjeux de ce nouveau métier et les étapes de sa construction.

La rédaction de ce travail m'a demandé de l'assiduité, une certaine régularité dans le rythme de travail et beaucoup d'investissement personnel. Je n'avais jamais fonctionné de cette manière. D'habitude, je rédige mes travaux de formation sous la pression des délais de remise et je le fais en peu de temps, mais de façon intense. Ici, ce ne fut pas le cas. Ce travail, plus volumineux, m'a obligée à planifier des temps d'investissement continuels et sur un long terme, soit environ dix mois. Cela était astreignant, mais formateur.

Ce que je retiens de mon processus de recherche est d'un côté le plaisir personnel à pouvoir enquêter sur le terrain, à avoir l'opportunité de m'entretenir avec des professionnel-le-s en EMS et de pouvoir me rendre compte de la réalité de terrain d'un milieu pour lequel je souhaite m'investir à l'avenir. J'ai apprécié de me rendre dans les différentes institutions et de pouvoir m'imprégner de l'ambiance qui y régnait. Je suis intimement persuadée que les travailleurs et travailleuses sociales ont leur place auprès des personnes âgées institutionnalisées, et je compte bien en faire partie si une opportunité m'est donnée – et si elle ne m'est pas donnée, j'irai la chercher –. D'un autre côté, je retiens aussi les nombreuses heures investies dans sa rédaction. J'ai été amenée à réorganiser complètement mon emploi du temps, entre travail d'éducatrice sociale, famille et temps de ressources personnelles. Cet apprentissage, je l'avais déjà entamé le jour où j'ai décidé de reprendre des études, mais la période de rédaction de ce travail de bachelor l'a exacerbé. C'est avec un sentiment d'accomplissement personnel et grand soulagement que j'écris ces dernières lignes qui devraient, je l'espère, me permettre d'obtenir le diplôme pour lequel je m'investis depuis cinq ans.

9. Liste des références bibliographiques

Agthe, R. (2013). *Définitions structurelles du quotidien. Définitions des contextes d'intervention*. (Enjeux actualisés de l'éducation sociale, support de cours non publié). Haute Ecole fribourgeoise de travail social HEF-TS, Givisiez, Suisse.

Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (2007). *Animation en EMS*. Rapport sur la place de l'animation en EMS proposé par le comité de l'AFIPA/VFA à consultation des institutions membres de l'AFIPA et des autres partenaires du secteur. Récupéré de http://www.afipa-vfa.ch/fileadmin/Documents/Projets_de_A_%C3%A0_Z/animation/Rapport_animation_AFIPA_version_finale_26.3.07.pdf

Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (2008). *Objectif de législature 2009-2011 de l'AFIPA sous la direction du RESSORT RH*. Récupéré de http://www.afipa-vfa.ch/fileadmin/Documents/Journ%C3%A9es_de_r%C3%A9flexion/EMS_de_demain/Besoins_RH_JR_15.09.10.pdf

Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (2010). *Rapport final sur les besoins RH des homes de demain*. Récupéré de http://www.afipa-vfa.ch/fileadmin/Documents/Journ%C3%A9es_de_r%C3%A9flexion/EMS_de_demain/Besoins_RH_JR_15.09.10.pdf

Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes Agées (2014). *Liste des établissements pour personnes âgées, membres actifs de l'AFIPA/VFA*. Récupéré de <http://www.afipa-vfa.ch/institutions.html>

Association Outils-Réseau (2014). *Initier et accompagner les pratiques collaboratives en s'appuyant sur des outils politiques, d'animations et informatiques*. Récupéré de <http://outils-reseaux.org/ContenuCooperationCollaboration>

Avenir Social (2006). *Nouvelles formations CFC : la situation dans le canton de Fribourg*. Récupéré de <http://www.avenirsocial.ch/fr/p42005024.html>

Avenir Social (2007). *Coordination interservice des visites en EMS*. Récupéré de <http://www.avenirsocial.ch/fr/p42005362.html>

Avenir Social (2010). *Inventaire des divers profils de formation dans le domaine social*. Récupéré de <http://savoirsocial.ch/formation-professionnelle-superieure/rapport-competences.15.03.10.pdf>

Bally, G. (2014, 17 octobre). Une dégradation de la qualité des soins dénoncée dans les EMS fribourgeois. *Radio Télévision Suisse*. Récupéré de <http://www.rts.ch/info/regions/fribourg/6231254-une-degradation-de-la-qualite-des-soins-denoncee-dans-les-ems-fribourgeois.html>

Barenboim, D. (2014). *La musique est un tout*. Ethique et esthétique. Paris, France : Fayard

Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*. Paris, France : Ed. Nathan.

Bohnet, I. (2011). *Trois niveaux de formation : repenser le travail et la collaboration des équipes éducatives* (travail de master non publié). Haute école de travail social (CEFOC), Genève, Suisse.

Boutin, G. (2006). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec

Brichaux, J. (1999). La profesionalización de la actividad socioeducativa. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 12, 107-117. Récupéré de <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/171096/241817>

Brichaux, J. (2006). L'approche entrepreneuriale du champ socio-éducatif : un nomadisme conceptuel de mauvais aloi. *EMPAN: prendre la mesure de l'humain*, 61, 97-105. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-empnan-2006-1-page-97.htm>

Centre suisse des services pour le formation professionnelle (2014). *Portail suisse de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière*. Récupéré de <http://www.orientation.ch/dyn/1109.aspx?data=aspect&id=1051>

Cauvin, P. (2004). *La cohésion des équipes : Pratique du team building*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF.

Couturier Y. (2009). Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires? Distinctions pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée. *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 23-33. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-23.htm>

D'Ansembourg, T. (2001). *Cessez d'être gentil, soyez vrai ! Etre avec les autres en restant soi-même*. Montréal, Québec : Les Editions de l'Homme.

Dortier, J.-F. (2004). *Dictionnaire des sciences humaines*. Auxerre, France : Ed. Sciences Humaines.

Estryn-Behar M., Lassaunière J.-M., Fry, C., & de Bonnières, A. (2012). L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 11, 65-89. Récupéré de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636652211001140>

Emery, R. (2011). L'équipe interprofessionnelle comme outil privilégié de l'accompagnement des enfants et adolescents présentant des besoins particuliers. *Pédagogie Spécialisée*. Récupéré de <http://www.cspsszh.ch/bausteine.net/file/showfile.aspx?downaid=8551&guid=10f6587e-83ee-4f6f-9e15df1bcdb4898d&f d=0>

Etat de Vaud (2010). *Guide du cahier des charges*. Service du personnel. Lausanne, Suisse. Récupéré de http://www.unil.ch/files/live//sites/srh/files/shared/formulaires/Guide_cahier_des_charges.pdf

Fédération genevoise des établissements médico-sociaux (2010). *Assistant-e socio-éducatif-ve en EMS (ASE en EMS)*. Descriptif-métier. Genève, Suisse. Récupéré de <http://www.fegems.ch>

Formation d'Éducateurs Sociaux Européens (1995). *Statuts de l'Association européenne des centres de formation au travail socio-éducatif* (art. 2). Récupéré de: http://www.feset.org/feset/wp-content/uploads/2013/05/Statuts_FESET_Fr.pdf

Gagnayre, R., & de la Tribonnière, X. (2013). L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Revue de la Société d'éducation thérapeutique européenne (SETE)*, 5(1), 163-176. doi : 10.1051/tpe/2013027

Giroux, S., & Tremblay, G. (2002). *Méthodologie des sciences humaines : la recherche en action* (2^{ème} éd.). Saint-Laurent, Canada : Ed. du Renouveau Pédagogique.

Goudet, B. (1989). La fonction d'agent de médiation des travailleurs sociaux engagés dans des actions collectives et ses légitimités. Dans B. Blanc, & al. (dir.), *Actions collectives et travail social* (p. 25-45). Paris, France : ESF.

Goudreau, J., & Dion, H. (2005). La collaboration médecin-infirmière. Dans C. Richard, & M.T. Lussier (dir.), *La communication professionnelle en santé* (p. 556-577). Saint-Laurent, Canada : Ed. du Renouveau Pédagogique.

Gremion Y., & al. (2011). Concept de soins palliatifs en EMS. *Revue internationale de soins palliatifs*, 26(3), 299-303. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-infokara-2011-3-page-299.htm>

Hasley F., Rufin F., Catanas M., & Carré S. (2003). *Travail en équipe et gestion des conflits : Rôle du cadre de santé*. Récupéré de <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/travail-en-euipe-et-gestion-des.html>

Henneman, E.A, Lee J.L., & Cohen, J.I. (1995). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103-109.

Jaeger, M. (2014). *Conférence de consensus. Le travail social et la recherche*. Paris, France : Dunod.

- Jobert, G. (1999). L'intelligence au travail. Dans P. Carré, & P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (p. 205-221). Paris, France : Dunod.
- Klaus, M. (2015, 26 mars). Bewohner sind das Herzstück des Heimes. *Freiburger Nachrichten*, p. 6.
- Lebel, P., & coll. (1998). *Programme de formation à l'interdisciplinarité*. Institut universitaire de gériatrie. Récupéré de http://www.solidage.ca/docs/sipa2002/Clinique/CART_Section%20C_1.pdf
- Lenoir, Y., Larose, F., Deaudelin, C., Kalubi, J.-C., & Roy, G.-R. (2002). L'intervention éducative: clarifications conceptuelles et enjeux sociaux. Pour une reconceptualisation des pratiques d'intervention en enseignement et en formation à l'enseignement. *Esprit critique*, 4 (4). Récupéré de <http://www.espritcritique.fr>
- Libois, J. (2013). *La part sensible de l'acte*. Genève, Suisse : Editions IES.
- Loi 834.2.1 du 23 mars 2000 sur les établissements médico-sociaux pour les personnes âgées (LEMS). Fribourg, Suisse : Chancellerie d'Etat.
- Martin, M., Moor, C., & Sutter C. (2010). *Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz*. Département fédéral de l'intérieur DFI. Universität Zürich. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern, Suisse.
- Marty, M-O. (1979). Acteurs de l'ombre. Dans C. Chevreuse (dir.), *Pratiques inventives du travail social* (chapitre 2). Paris, France : Les Editions ouvrières.
- Michel, J. (2012). Vertus et risques de l'interdisciplinarité et de la pluridisciplinarité. Dans F. Darbellay (dir.), *La circulation des savoirs : Interdisciplinarité, concepts nomades, analogies, métaphores* (p. 85-109). Berne, Suisse : P. Lang.
- Milova, H. (2006). Légitimation du métier d'éducateur et évolution des pratiques socio-éducatives. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 39(3), 37-51. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2006-3-page-37.htm>
- Morin, E. (2010). L'au-delà des disciplines. Dans G. Origgi & F. Darbellay (dir.), *Repenser l'interdisciplinarité*. Genève, Suisse : Slatkine.
- Mucchielli, R. (2013). *Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF.
- Nélisse C., & Zuniga R. (1997). Intervention : les savoirs en action. Dans C. Nélisse & R. Zuniga (dir.), *L'intervention : les savoirs en action* (p. 5-16). Sherbrooke, Canada : Éditions GGC.
- Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (2005). Ordonnance du SEFRI sur la formation professionnelle initiale d'assistante socio-éducative/assistant socio-éducatif du 16 juin 2005. Récupéré de https://www.fr.ch/essg/files/pdf24/BiVo_94303_f.pdf
- Office fédéral de la statistique (2014). *Statistique des institutions médico-sociales 2013 – Tableaux standards. Résultats définitifs*. Récupéré de <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=6331>
- Paul, M. (2009). Accompagnement. Dans J.-P. Boutinet (dir.), *L'ABC de la VAE* (p. 53-54). Toulouse, France : ERES. Récupéré de <http://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae--9782749211091-p-53.htm>
- Paul, M. (s.d). Ce qu'accompagner veut dire. *Carriérologie, Revue francophone internationale*, 9(1). Récupéré de www.carrieroogie.uqam.ca/volume09_1-2/07_paul/
- Perriard, V., & Castelli Dransart D.A. (2012). Développement de la nouvelle profession d'assistant socio-éducatif. *Actualité sociale*, 41. Berne, Suisse : AvenirSocial. 3-5.
- Perriard, V., Castelli Dransart D.A., & Zbinden Sapin V. (2009). Une identité à construire. *Actualité sociale*, 22. Berne, Suisse : AvenirSocial. 4-5.

Rioux, A.O. (2011). *L'interdisciplinarité*. Récupéré de http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Sante_publique_et_services/Maladies_chroniques/Presentations_20mai2011/Aline_O_Rioux_Linterdisciplinarite.pdf

Robidoux, M. (2007). *Collaboration interprofessionnelle*. Récupéré de <http://www.usherbrooke.ca/ecole-enchantier/fileadmin/sites/ecole-enchantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>

Roethlisberger-Baechler, D. (1995). *La réalité de son corps : Préalable obligatoire à sa propre connaissance, à la découverte de son identité corporelle, de son identité personnelle, de son identité sociale* (travail de recherche non publié). Haute Ecole fribourgeoise de travail social, Givisiez, Suisse.

Rouzel, J. (2007). *Le quotidien en éducation spécialisée*. Paris, France : Dunod.

Savoir social (2011). *Plan de formation relatif à l'ordonnance sur la formation initiale d'assistante socio-éducative/d'assistant socio-éducatif du 16 juin 2005 avec adaptations du 2 décembre 2010*. Récupéré de http://savoirsocial.ch/formation-professionnelle-initiale-ase/eleves-et-futurs-eleves/la-formation/bildungsplan-fabe-version-2011_f

Scohy, N. (2013). *Prévenir et résoudre les conflits dans le secteur médico-social*. Paris, France : ESF.

Soulet, M.-H. (1997). *Les Transformations des métiers du social*. Fribourg, Suisse : Éditions Universitaires.

Spirig, R. (2012). *Main dans la main !? : La collaboration interprofessionnelle dans le secteur des soins ambulatoires*. Centre des sciences infirmières cliniques, Hôpital universitaire de Zurich & Institut des sciences infirmières. Bâle, Suisse : Université de Bâle.

Thiébaud M., & Janosz M. (2005). *Mieux vivre ensemble à l'école*. Récupéré de : <http://www.mieuxvivre.espacedoc.net/index.php?id=595>

Verdès-Leroux, J. (1978). *Le Travail social*. Paris, France : Editions de Minuit.

Zoll, R. (2008). *Intégration des assistants socio-éducatifs dans les institutions de l'enfance et modèle de collaboration interprofessionnelle* (travail de diplôme postgrade non publié). Haute école de travail social (CEFOC), Genève, Suisse.

10. Annexes

1. Lettres envoyées aux institutions
2. Guide d'entretien
3. Formulaire de consentement de la et du répondant-e pour sa participation à l'entretien
4. Carte heuristique