

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO en travail social

Haute École et Ecole Supérieure de Travail Social – HES·SO//Valais - Wallis

---

**Viellissement des personnes en situation de handicap en  
institution : impact sur l'accompagnement éducatif**



Réalisé par : BÉTRISEY Xénia

Promotion : Bach ES 23 EE

Sous la direction de : Solioz Emmanuel

Sion, juillet 2024

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail. Je tiens à remercier tout particulièrement :

- Les professionnels ayant accepté de prendre le temps de répondre à mes questions avec intérêt et enthousiasme.
- Mon directeur de TB, M. Emmanuel Solioz, pour sa guidance, ses conseils et son accompagnement durant la réalisation de ce travail.
- Mes collègues et mes supérieurs hiérarchiques pour leur soutien.
- Mes proches pour leurs encouragements et leur soutien.
- Pascale Gaspoz Martić pour la relecture de ce travail.
- Un merci tout particulier à Antoine Oggier, pour sa patience, ses conseils, ses relectures et son soutien infailible durant toutes les étapes de ce travail.

## AVANT-PROPOS

*« Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteurs, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. »*

*« J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche. Le nombre de signes de ce document est de 80'627.*

*« Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que son auteure. »*

*« Dans ce document, toute dénomination de rôle et fonction vaut pour tous les genres. »*

*Xenia Bétrisey*

## RÉSUMÉ

Ce travail concerne le vieillissement des personnes en situation de handicap psychique et/ou intellectuel vivant dans les institutions sociales valaisannes. La question de recherche est la suivante : Comment les éducateurs sociaux (ES) adaptent-ils leur accompagnement face aux nouveaux enjeux qu'amène le vieillissement des personnes en situation de handicap intellectuel et/ou psychique accueillies dans les institutions sociales du Valais central ?

Trois notions théoriques sont approfondies : la situation de handicap, avec un accent sur le trouble psychique et la déficience intellectuelle, les vieillissements et leur impact sur les personnes en situation de handicap et la pratique éducative et ce qu'elle peut apporter à cette population.

Les trois hypothèses de recherche sont « Les ES composent avec les limites des structures institutionnelles. », « Les ES adaptent l'organisation de leur travail pour répondre aux nouveaux besoins des personnes accompagnées. », « L'augmentation de la part de soins modifie la relation éducative et questionne le champ de compétences des ES. ». Afin de les vérifier, quatre entretiens auprès de professionnels confrontés à cette problématique ont été effectués. Cela a permis d'évaluer la situation actuelle dans les structures concernées où les professionnels manquent souvent de formation en la matière et dont l'architecture est rarement adaptée aux nouvelles problématiques. Les ébauches de collaboration interdisciplinaire avec du personnel médical ne sont pas toujours aisées car les rôles de chacun restent flous.

Cela a également permis d'analyser l'impact du vieillissement des personnes accueillies sur les professionnels et leur accompagnement notamment par l'augmentation de la part de soins, l'adaptation du rythme de vie et la modification de la relation éducative.

En conclusion, les limites de cette recherche sont mentionnées et les perspectives pour le milieu professionnel sont argumentées. Des pistes d'action sont proposées comme l'utilisation de moyens auxiliaires, la collaboration interdisciplinaire avec le personnel médical avec un cahier des charges bien défini, la mise en place de projets éducatifs en lien avec le maintien des acquis, entre autres. Enfin, un bilan personnel et professionnel est dressé suivi d'une ouverture proposant de nouveaux questionnements en lien avec la problématique.

Mots clés : Vieillissement, trouble psychique, déficience intellectuelle, éducation, accompagnement, pratique éducative, soins

## Table des matières

1. Partie introductive.....	7
1.1. Présentation du thème et premiers questionnements.....	7
1.2. Motivations.....	10
1.3. Objectifs.....	10
2. Cadre théorique.....	11
2.1. La situation de handicap .....	11
2.1.1. Trouble psychique .....	12
2.1.2. Déficience intellectuelle .....	14
2.2. Les vieillissements .....	16
2.2.1. Pathologies du vieillissement normal.....	17
2.2.2. Vieillesse et trouble psychique.....	18
2.2.3. Vieillesse et déficience intellectuelle .....	19
2.3. Pratique éducative .....	21
2.3.1. Accompagnement éducatif.....	22
2.3.2. Relation éducative.....	23
2.3.3. Acte éducatif .....	24
2.3.4. Projet éducatif .....	24
2.3.5. Evolution de la pratique.....	26
3. Problématique .....	28
3.1. Hypothèses.....	29
3.1.1. Hypothèse n°1.....	29
3.1.2. Hypothèse n°2.....	29
3.1.3. Hypothèse n°3.....	30
4. Méthodologie.....	30
4.1. Outil de recueil de données.....	31

4.2.	Terrain et échantillonnage.....	31
4.3.	Ethique .....	33
5.	Analyse .....	33
5.1.	Hypothèse n°1 .....	34
5.1.1.	Adaptation à l'architecture .....	34
5.1.2.	Charge de travail.....	36
5.1.3.	Manque de connaissances sur le vieillissement .....	37
5.1.4.	Intérêt de collaboration avec du personnel médical .....	37
5.1.5.	Bilan et pistes d'action.....	38
5.2.	Hypothèse n°2 .....	38
5.2.1.	Animations .....	38
5.2.2.	Projets éducatifs.....	39
5.2.3.	Gestion des tâches communes .....	40
5.2.4.	Bilan et pistes d'action.....	41
5.3.	Hypothèse n°3 .....	41
5.3.1.	Formation en soins.....	41
5.3.2.	Intimité, relation éducative.....	42
5.3.3.	Réaction des personnes accompagnées et des professionnels.....	43
5.3.4.	Bilan et pistes d'action.....	44
5.4.	Bilan de l'analyse .....	45
6.	Conclusion .....	45
6.1.	Limites de la recherche .....	45
6.2.	Perspectives pour le milieu professionnel .....	46
6.3.	Apprentissages .....	47
6.3.1.	Bilan personnel .....	47
6.3.2.	Bilan professionnel .....	48

6.4.	Nouveaux questionnements.....	48
6.5.	Conclusion .....	49
7.	Bibliographie .....	50
8.	Annexes .....	53
8.1.	Annexe 1 : Grille d'entretien .....	53
8.2.	Annexe 2 : Formulaire de consentement.....	1

# 1. PARTIE INTRODUCTIVE

Cette étude questionne la manière dont les éducateurs sociaux adaptent leur pratique face aux nouveaux enjeux qu'engendre le vieillissement des personnes en situation de handicap accueillies dans les structures sociales valaisannes.

Le début de ce travail permet de comprendre comment la pratique professionnelle a influencé l'idée de ce thème et de présenter les premiers questionnements qui en sont à l'origine. Il présente également les objectifs de la recherche.

Afin de comprendre les enjeux, trois concepts théoriques sont approfondis. Premièrement, la situation de handicap et plus précisément le trouble psychique et la déficience intellectuelle puisque ces deux situations sont celles que l'on retrouve le plus dans les institutions ciblées par cette recherche. Deuxièmement, les différents vieillissements et leurs processus sont abordés afin de comprendre comment cela se manifeste et si cela a un impact spécifique sur la population précédemment décrite. Enfin, la pratique éducative et ses principaux outils sont explicités afin de connaître le champ d'action de cette profession.

De ce cadre théorique découle une problématique qui conduit à la question de recherche. Afin de répondre à cette question, trois hypothèses sont formulées et vérifiées auprès de quatre professionnels qui travaillent actuellement dans des institutions concernées par cette problématique. Leurs réponses sont analysées et permettent d'envisager une réponse à la question de recherche.

Des pistes d'action sont ensuite proposées afin de d'identifier l'impact de cette recherche sur le milieu professionnel et les limites de cette recherche sont abordées. Enfin un bilan des apprentissages et les nouveaux questionnements qui découlent de cette recherche sont explicités.

## 1.1. PRÉSENTATION DU THÈME ET PREMIERS QUESTIONNEMENTS

Durant ma formation à la HETS, j'ai eu l'opportunité de faire deux formations pratiques. Les personnes accueillies dans ces institutions avaient un trouble psychique et/ou une déficience intellectuelle, à des niveaux d'autonomie différents. Durant ma première formation, j'ai pu observer que l'équipe éducative était inquiète du vieillissement des résidents du foyer, en

particulier le responsable. En effet, plusieurs d'entre eux approchaient l'âge de la retraite. Or, à ce moment-là, si un bénéficiaire atteignait l'âge AVS, il avait deux options : un transfert en EMS, ce qui selon l'état physique de la personne peut sembler prématuré ou, s'il le souhaitait et que sa santé le permettait, rester mais en travaillant à un minimum de 50% aux ateliers de la Fondation. Dans tous les cas, après 70 ans, personne ne pouvait rester au foyer.

Le responsable du foyer a donc tenté de trouver une solution plus équitable pour tous. L'idée d'ouvrir un Centre De Jour (CDJ), qui accueillerait en journée toutes les personnes ayant atteint l'âge AVS a alors émergé. Dans ce contexte, le centre de jour proposerait des activités adaptées à leurs limites, qu'elles soient dues à un handicap ou au vieillissement.

Après avoir terminé ma formation, j'ai eu l'opportunité de retourner dans ce foyer en tant qu'éducatrice. A mon retour en 2018, j'ai constaté que le projet CDJ porté par mon responsable avait été mis en place. L'ouverture du CDJ a donc coïncidé avec mon retour. Les règles de départ des pensionnaires avaient été modifiées. Ils pouvaient à présent rester le temps qu'ils souhaitaient, tant que leur santé le leur permettait.

J'ai pu observer un grand soulagement des personnes ayant atteint l'âge AVS ou s'en approchant. Au lieu de se soucier de quitter leur foyer, elles se réjouissaient de pouvoir participer aux activités proposées par le CDJ.

Le prolongement de leur présence en foyer a toutefois révélé de nouveaux besoins en accompagnement. En effet, les résidents vieillissants demandent de plus en plus de soins, d'accompagnements médicaux, de présence éducative et d'encadrement. En plus d'avoir un impact physique, le vieillissement peut provoquer une baisse des capacités cognitives qui peut engendrer une perte d'autonomie. Une réadaptation du rythme quotidien a également eu lieu. Trouver un équilibre entre proposer des activités adaptées aux personnes âgées et des activités intéressantes pour les pensionnaires plus jeunes n'est pas aisé. Les résidents les plus mobiles se plaignent parfois de la lenteur des marches et de l'impossibilité de faire des activités plus énergiques.

Cela implique également de définir ce que « tant que leur santé le leur permet » veut réellement dire. A quel moment la santé d'un résident nous dépasse ? A partir de quand pouvons-nous dire que nous ne pouvons plus gérer la situation ? Quels sont les critères et qui les définit ? Qui prend la décision finale : le résident, le médecin, le curateur, les éducateurs,

la direction, la famille, ... ? La limite est-elle fixée par les limites des personnes accompagnées (peurs, inconfort ...) ou par les limites de l'équipe éducative (on ne se sent pas de continuer, nous n'avons pas suffisamment de ressources pour l'accompagner ?). Toutes ces questions se sont posées rapidement et les réponses sont toujours aussi floues qu'auparavant.

Il faut également préciser que les Fondations où j'ai été confrontée à cela n'emploient pas de personnel soignant. Pour tous les soins de base, les éducateurs doivent se positionner. S'ils s'en sentent capables et à l'aise, s'ils en ont le temps, la possibilité dans leur quotidien, ils peuvent le faire. Si ce n'est pas le cas, ils peuvent faire appel à des professionnels externes, comme des infirmiers du CMS.

Cela ajoute encore à ce flou qui entoure l'identité d'un éducateur social qui doit constamment s'adapter et jongler entre les différents rôles qu'il peut avoir auprès des bénéficiaires.

Lorsqu'est apparu le sujet des soins de manière régulière durant les colloques, certaines collègues ont commencé à remettre en question leur volonté de rester dans la Fondation. Une collègue qui avait à l'origine choisi ce foyer en partie parce qu'il n'y avait pas de douches ou autres soins à effectuer a décidé de quitter le foyer l'an dernier, en partie car elle ne se sentait pas à l'aise de le faire. De plus, à l'exception d'une collègue ayant fait une formation d'ASE avant celle d'éducatrice, aucun d'entre nous n'a eu de formation pour effectuer ces soins. Bien sûr, certains éducateurs doivent effectuer des soins d'hygiène quotidiennement dans d'autres fondations mais dans ces cas, les anciens apprennent aux nouveaux et la transmission des connaissances pratiques se fait automatiquement. Cela ne peut se faire dans un contexte où personne n'a les connaissances pour les transmettre aux autres.

Se pose également la question des pertes de capacité des personnes accueillies. L'un des outils principaux des éducateurs est le projet éducatif mais comment faire lorsque, dans ma pratique, on me demande de coconstruire des projets éducatifs avec mes résidents afin qu'ils puissent acquérir de nouvelles compétences alors qu'avec l'avancée en âge, nous pouvons dans la plupart des cas espérer au mieux le maintien des acquis et au pire constater la perte de compétences qui étaient acquises par le passé.

## 1.2.MOTIVATIONS

Mes motivations pour ce travail sont tout d'abord professionnelles. Etant actuellement confrontée au vieillissement des résidents du foyer dans lequel je travaille, les concepts théoriques ainsi que les résultats de cette recherche pourraient aiguiller ma pratique par la suite. Mes collègues et mes supérieurs me soutiennent dans cette démarche.

Ce travail de recherche en lui-même constitue une motivation. Le processus de ce travail m'apprendra beaucoup de choses sur moi-même et me permettra de me dépasser. Ayant vécu un « échec » lors de ma première tentative de travail de Bachelor, cette deuxième chance me permettra de voir ce que j'ai appris ces dernières années professionnellement et personnellement et de constater mon évolution.

J'ai également un intérêt pour la recherche et l'apprentissage de nouvelles connaissances qui peuvent me servir professionnellement. Lorsque l'on travaille, il est facile de sortir de cette position de recherche théorique. Nous apprenons beaucoup de nos collègues, nos supérieurs, nos résidents mais nous oublions souvent de prendre le temps de nous informer sur les nouveautés en travail social ou de revoir les théories de base avec lesquelles nous travaillons au quotidien. Ce travail me permet de retrouver cet élan de curiosité nécessaire à l'apprentissage en continu qui est si important dans notre métier.

## 1.3. OBJECTIFS

Mes objectifs personnels et professionnels pour ce travail sont :

- Vérifier par des théories scientifiques si mes questionnements sont fondés.
- En apprendre davantage sur les effets du vieillissement de manière générale et plus précisément des personnes en situation de handicap.
- Questionner des professionnels du domaine pour définir quel est l'impact du vieillissement sur l'accompagnement en travail social et les relever.
- Découvrir les perspectives concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes en institution.

## 2. CADRE THÉORIQUE

Plusieurs notions permettront à la fois d'éclairer le thème de recherche, construire la thématique et déterminer ce qui sera vérifié sur le terrain.

La population concernée par cette recherche sont les personnes en situation de handicap ayant une déficience intellectuelle et/ou un trouble psychique. Ces situations de handicap sont donc développées. Ensuite, les recherches concernant le vieillissement permettront de comprendre quel est l'impact de ce processus sur leur développement. Tout cela permettra de clarifier la population accompagnée par les éducateurs travaillant dans les institutions qui accueillent une telle population.

Une courte définition du rôle de l'éducateur social sera présentée puis quelques notions seront approfondies telles que, la relation éducative et la pratique professionnelle.

### 2.1. LA SITUATION DE HANDICAP

Contrairement au terme de « personne handicapée », qui renvoie à un statut intrinsèque à la personne, la dénomination « personne en situation de handicap » comprend à la fois les critères individuels, sociaux et environnementaux de la personne. Cela permet de prendre la situation dans son ensemble et de ne pas imputer la responsabilité de la situation à cette personne. (Richo, 2007)

La loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand) définit comme personne en situation de handicap « *toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation ou une formation continue ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités* » (Assemblée Fédérale de la Confédération Suisse, art. 2, 2020).

Dans ce travail, la déficience intellectuelle<sup>1</sup> et le trouble psychique<sup>2</sup> sont développés car cette recherche est limitée à des professionnels travaillant dans des institutions qui accueillent des personnes vivant ces situations de handicap.

### 2.1.1. TROUBLE PSYCHIQUE

Le trouble psychique ou trouble mental regroupe de nombreux troubles, très différents les uns des autres. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2022) propose une définition du trouble mental dans sa globalité :

*« Un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants. Il existe de nombreux types de troubles mentaux, désignés aussi sous le nom de problèmes de santé mentale. [...] Les principaux repères se concentrent sur les troubles mentaux décrits dans la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies (CIM11). » (OMS, Troubles mentaux, 2022)*

Au vu du grand nombre de troubles mentaux recensés par l'OMS (OMS, CIM-10 chapitre V, 2000), seuls trois groupes d'entre eux, qui sont les plus représentés dans les institutions, sont développés dans ce travail.

Le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques sont un ensemble de troubles provoquant une distorsion de la perception de la réalité et s'accompagnent d'altérations du comportement.

---

<sup>1</sup> La terminologie « déficience intellectuelle » est préférée à celle de « retard mental » qui semble obsolète et renvoie, dans le langage courant, uniquement à un faible QI, sans prendre en considération l'impact global que cette situation a sur la vie des personnes concernées.

<sup>2</sup> Le terme « trouble », bien que vague, renvoie à divers symptômes et comportements cliniques et est souvent préféré à « maladie » ou « affection » dans les manuels de diagnostic.

Cette catégorie rassemble, selon le DSM-5, les troubles délirants, le trouble psychotique bref, le trouble schizophréniforme, la schizophrénie et le trouble schizo-affectif. Les troubles psychotiques peuvent également être induits par une substance ou un médicament ainsi qu'à une autre affection médicale (American Psychiatric Association, 2016).

Selon l'OMS (CIM-10 chapitre V, 2000), parmi les schizophrénies, nous pouvons trouver la schizophrénie paranoïde, hétéro-affectif, catatonique, indifférenciée résiduelle, simple, entre autres. Les symptômes sont notamment les suivants « *idées délirantes récurrentes, hallucinations, pensée désorganisée, comportement très désorganisé ou agitation extrême. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent éprouver des difficultés cognitives persistantes.* » (OMS, Troubles mentaux, 2022). Il est également précisé que les personnes souffrant de schizophrénie ont une espérance de vie de dix à vingt ans moins longue que celle du reste de la population. Sont souvent associés à la schizophrénie : le trouble schizotypique, les troubles délirants persistants, les troubles psychotiques aigus et transitoires, le trouble délirant induit et les troubles schizo-affectifs.

Les troubles de l'humeur qui regroupent entre-autres la dépression et les troubles bipolaires :

La dépression ne doit pas être confondue avec son utilisation commune dans la société et qui désigne simplement les difficultés que tout un chacun a à faire face à un problème de la vie quotidienne. Lors d'un épisode dépressif, la personne ressent plusieurs symptômes (morosité, tristesse, perte de plaisir, difficultés de concentration, culpabilité excessive, manque de confiance en soi, désespoir, perturbations du sommeil, de l'appétit, fatigue, ...) durant de nombreuses heures, tous les jours, pendant au moins deux semaines. Les personnes dépressives peuvent également souffrir de pensées de mort ou de suicide et sont à cet effet plus exposées au risque de mettre fin à leurs jours.

Les troubles bipolaires sont caractérisés par une alternance entre des épisodes dépressifs comme décrits ci-dessus et des épisodes maniaques. Ces derniers comprennent un état d'euphorie, d'irritabilité, d'un sentiment d'énergie accru. Cela provoque régulièrement d'autres symptômes tels que des pensées rapides, une loquacité accrue, une valorisation de soi, un moindre besoin de sommeil et des comportements impulsifs et téméraires. Ces symptômes peuvent amener les personnes à avoir des comportements à risque. La bipolarité augmente donc le risque de suicide.

Les troubles neurocognitifs sont issus d'une altération des neurones ou des neurotransmetteurs et influencent plusieurs aspects de la vie (humeur, cognition, comportement). Contrairement à la déficience intellectuelle, ces troubles cognitifs apparaissent après la période de développement. Ils rassemblent l'état confusionnel (désorientation passagère) et les troubles neurocognitifs majeur (anciennement démence) et léger (premiers stades du déclin cognitif). Ces deux troubles neurocognitifs définissent la dégénérescence progressive des capacités cognitives. La cause la plus connue de trouble neurocognitif est la maladie d'Alzheimer (Barlow & Durand, 2016).

### 2.1.2. DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

*« La déficience intellectuelle est un trouble du neurodéveloppement, d'origines diverses, qui se différencie de l'autisme et de la maladie mentale. [...] La déficience intellectuelle désigne une limitation significative, persistante et durable des fonctions et des capacités intellectuelles d'un sujet. [...] Il faut distinguer la déficience intellectuelle de la maladie mentale qui elle, affecte le comportement et l'affectif, sans lien avec le fonctionnement intellectuel de la personne. »* (Vesin, 2022, pp. 35-36).

La dénomination « handicap intellectuel » du DSM-V équivaut à celui de « trouble du développement intellectuel » dans la CIM-11. Ces deux ouvrages ont pour objectif le diagnostic clinique de ces handicaps (American Psychiatric Association, 2016).

Selon (Buntinx, et al., 2016), le terme de « handicap intellectuel » se rapporte à l'interaction entre les facteurs personnels et le contexte de la personne. La « déficience intellectuelle » est le terme le plus courant actuellement dans les divers métiers concernés par l'accompagnement de ces personnes. Il fait référence au « déficit de l'intelligence » mais également au « déficit du comportement adaptatif » qui y est lié.

Dans la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (OMS, CIM-10 chapitre V, 2000), le critère principal pour définir le degré de déficience est basée sur le quotient intellectuel. La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est la suivante :

Retard mental léger : Q.I. de 50 à 69. La personne rencontrera probablement des difficultés scolaires mais à l'âge adulte, pourra généralement travailler, avoir des relations sociales et s'intégrer.

Retard mental moyen : Q.I. de 35 à 49. La personne souffrira d'importants retards de développement dans l'enfance mais aura la capacité d'acquérir des aptitudes scolaires, un certain degré d'indépendance et de communication. Un soutien sera nécessaire dans un certain nombre de domaines pour les adultes.

Retard mental grave : Q.I. de 20 à 34. La personne aura un besoin de soutien prolongé.

Retard mental profond : Q.I. au-dessous de 20. La personne aura une limitation marquée des capacités générales, contrôler ses besoins naturels, communiquer, se déplacer.

Le DSM-5 les classe également en quatre niveaux de sévérité, semblables à ceux énoncés ci-dessus mais le quotient intellectuel passe au second plan. Il se base davantage sur des critères de comportement et de compréhension dans trois domaines différents de la vie : conceptuel, social et pratique. Le trouble du développement intellectuel commence durant le développement et présente des déficits tant intellectuels qu'adaptatifs dans les trois domaines précités. Les trois critères suivants doivent être remplis : déficit des fonctions intellectuelles (raisonnement, résolution de problèmes, apprentissages, ...), déficit des fonctions adaptatives (échec du développement socio-culturel, manque d'autonomie et de responsabilité sociale et début du déficit durant la période de développement (American Psychiatric Association, 2016).

La troisième organisation dont l'autorité est reconnue en la matière est l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Cette dernière se rapproche de la vision de l'APA (DSM-V) mais précise que l'apparition des déficits a lieu avant l'âge de 18 ans (Buntinx, et al., 2016).

Selon (Des Portes & Héron, 2020), la déficience intellectuelle a pour conséquence un déficit de la mémoire, de l'inhibition, de la flexibilité intellectuelle (adaptation), de la planification. Elle entrave également le traitement de l'information (logique) et les compétences socio-adaptatives. Le raisonnement, la catégorisation, la prise de décision, le jugement sont donc déficitaires. La déficience intellectuelle a par conséquent un impact sur de nombreux aspects de la vie : difficultés scolaires, relationnelles, communication, autonomie, etc. Si les personnes

atteintes de retard mental léger peuvent pour la plupart vivre de manière indépendante, les personnes ayant un retard mental moyen ou plus grave auront besoin de soutien à différents degrés tout au long de leur vie.

En l'absence d'un accompagnement à long terme, le fonctionnement des personnes ayant une déficience intellectuelle est limité par les difficultés d'adaptation qu'ils vivent dans différents domaines de la vie quotidienne tels que la communication, l'autonomie, les compétences sociales. Ces difficultés se retrouvent dans des contextes variés comme le domicile, l'école, le travail, la société (American Psychiatric Association, 2016).

Leur compréhension du monde qui les entoure est limitée, leur raisonnement logique est étroit, elles ont de la peine à penser, à exprimer leurs opinions, leurs besoins, leurs envies, elles ont un accès limité à la lecture, à l'écriture. Tout cela les tient à l'écart de l'information, de leurs droits et de comment les revendiquer (Vesin, 2022).

Tous ces troubles entraînent donc des répercussions sur le quotidien des personnes touchées et provoquent dans certains cas une forte perte d'autonomie. Les personnes les plus dépendantes sont forcées de vivre dans des foyers d'accueil spécialisés.

## 2.2.LES VIEILLISSEMENTS

Maintenant que la population a été définie, ce chapitre se concentrera sur le processus de vieillissement en général et plus particulièrement sur son impact spécifique sur les personnes vivant les situations de handicap décrites ci-dessus.

*« Le mot "vieux" vient du latin vulgaire vetus, marquant ainsi une origine courante et non savante. Ce mot contient l'idée de dégradation. Si le mot désigne quelque chose qui se dégrade, le vieillissement rejoint une connotation plus dynamique, un phénomène en progression. »* (Dalla Piazza, 2005, p. 18).

Il peut y avoir différentes visions de la vieillesse. La première concerne la partie de la vie qui précède la mort et que l'on associe à la dégradation psychologique et mentale. La deuxième dépend de comment la personne se perçoit, selon des critères personnels et culturels. Cette dernière peut commencer à tout âge (Dalla Piazza, 2005).

Le vieillissement est donc un processus. Il peut avoir un double sens, le vieillissement comme avancée en âge, chacun "vieillit" chaque jour ou le vieillissement comme l'apparition des premiers signes d'affaiblissement liés à l'avancée en âge (Breitenbach, 1999). Dans ce travail, le deuxième sens est préféré.

Dans la société, la « jeunesse » signifie être « bien-portant », cela désigne les individus autonomes, ayant une vie sociale et professionnelle active. A contrario, la « vieillesse » a une connotation de dépendance, de perte de dignité voire de « déchéance », renvoyant à une idée « d'inutilité sociale » (Blondel & Delzescaux, 2014).

Grâce aux progrès de la médecine, l'espérance de vie de la population générale augmente. Les orthèses, les prothèses, les appareils sensoriels, permettent d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées. Le vieillissement en lui-même cause moins de dégâts que les maladies qui y sont liées. La plupart des cancers sont plus fréquents à partir de 65 ans mais aussi les problèmes d'hypertension, les maladies cardio-vasculaires, pulmonaires, l'altération des systèmes articulaires et artériels, ... (Dalla Piazza, 2005).

### 2.2.1. PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT NORMAL

Le vieillissement n'est pas forcément associé à une longue maladie entraînant la mort. Même si cette dernière est inévitable, la période qui la précède peut également être joyeuse et exempte de souffrance. « Le vieillissement pathologique repose ainsi sur une atteinte précoce de certains organes ou de certaines fonctions dont : la fonction cardio-pulmonaire [...] ; l'alimentation et notamment l'obésité ; les cancers ; l'arthrose ; l'hypertension artérielle ; l'ostéoporose. » (Dalla Piazza, 2005, p. 31).

Le vieillissement entraîne, dans une majorité des cas, de nombreux « risques » liés à l'altération des principaux systèmes physiologiques.

Tout d'abord, le système cardio-vasculaire, qui est la première cause de mortalité et de baisse d'autonomie des plus de 65 ans. La peau, qui est le plus grand organe du corps humain souffre elle aussi du vieillissement mais divers traitements peuvent prévenir et ralentir ce processus. Les organes sensoriels sont également à surveiller. L'altération de l'acuité visuelle, du champ de vision et de l'ouïe est très fréquente. Les dents ont tendance à tomber avec l'avancée en âge et de nombreuses personnes plus ou moins âgées portent une prothèse dentaire. Cela

peut compliquer grandement la mastication. La dénutrition, la perte de la sensation de soif peuvent provoquer des signes comportementaux tels que la tristesse, le désintérêt, la fatigue, ... Le nombre de risques de cancer augmente avec l'âge (50 % des cas sont déclarés après 65 ans). L'incontinence, la dépression, les démences, l'ostéoporose et les chutes sont également courants.

Afin de suivre l'évolution de ces symptômes ou maladies, avoir un suivi médical régulier et adapter constamment l'environnement s'imposent afin de veiller à la qualité de vie et d'améliorer les habitudes de vie des personnes vieillissantes (Dalla Piazza, 2005).

### 2.2.2. VIEILLISSEMENT ET TROUBLE PSYCHIQUE

Les progrès de la médecine ont également eu un effet sur l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, l'amélioration des conditions de vie et d'accompagnement associées aux progrès de la médecine ont exercé une influence considérable sur le vieillissement de ces personnes, en particulier le handicap psychique (Bénarosch, 2020).

Les personnes souffrant d'une maladie psychique ont une espérance de vie de 15 ans inférieure à celle du reste de la population. Les progrès médicaux, un meilleur accompagnement éducatif, de meilleurs soins, une meilleure prévention, couplé avec l'arrivée au 3<sup>ème</sup> âge de la génération « Baby-Boom » provoquent une augmentation significative du nombre de personnes vieillissantes avec un trouble psychique. « *Il est temps de nous y préparer.* » (Dehelle, Frelin, & Richard, 2020, p. 25).

Différents facteurs influencent la dégradation de l'état de santé des personnes en situation de handicap psychique. La prise de médicaments sur le long terme, les habitudes de vie néfastes telles que le tabagisme, une difficulté à identifier les problèmes somatiques, etc. Il est donc difficile pour ces personnes et leur entourage d'identifier l'origine de leurs maux, vieillissement, trouble psychique ou mode de vie. Cela provoque une grande inquiétude pour les personnes concernées sur l'évolution de leur état de santé (Delporte, 2020).

Jovelet & Hanon (2020) ajoutent à ces mauvaises habitudes de vie la sédentarité, une alimentation déséquilibrée et la consommation d'alcool ou de toxiques.

L'arrivée de ces personnes en situation de handicap vieillissantes met en cause l'organisation catégorielle qui distingue les personnes âgées des personnes handicapées et implique une réorganisation des structures d'accueil qui ont été créées pour des personnes qui n'étaient pas sensées vieillir (Delporte, 2020).

Que ce soit physiquement, cognitivement ou biologiquement, le vieillissement touche les personnes souffrant d'un trouble psychique. Comme mentionné ci-dessus, le vieillissement peut commencer de manière précoce dans certains troubles comme la schizophrénie. Cela pose la question du placement. En France, la solution la plus courante est le transfert en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) qui est l'équivalent des Etablissement Médico-Sociaux (EMS) en Suisse mais les structures ne sont ni adaptées à leur handicap, ni à leur âge puisque certain y sont transférés dès 55 ans. En 1972 déjà, une association française a ouvert une « maison de retraite spécialisée » afin d'accueillir ces personnes aux besoins spécifiques ne correspondant ni aux EHPAD, ni aux foyers d'accueil, ni aux services d'accueil psychiatriques (Iglésias, 2020).

Ces institutions sont toujours des exceptions dans le paysage Suisse actuel. Un EMS spécialisé existe à Neuchâtel (FECPA, 2019-23) mais en Valais, ce type de structure n'existe pas et les personnes ayant un trouble psychique vieillissantes n'ont pas de place définie et sont donc régulièrement déplacées dans des institutions peu adaptées à leurs problématiques.

### 2.2.3. VIEILLISSEMENT ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Selon Breitenbach (1999), le vieillissement chez les personnes avec une déficience intellectuelle peut prendre plusieurs formes :

La première est définie comme « classique ». Les personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent présenter les mêmes symptômes que n'importe quel être humain. Ralentissement, déficiences sensorielles, essoufflement, fragilité, perte de mobilité, etc. Le défi dans l'accompagnement de ces personnes sera de différencier les symptômes du vieillissement de ceux du handicap mais aussi de déceler ces symptômes puisque les limites des personnes accompagnées peuvent entraver les examens médicaux.

La deuxième forme abordée est définie comme vieillissement « particulier » : Le vieillissement des personnes avec déficience intellectuelle ou autre handicap peut être affecté par certaines

conséquences de leur situation. Par exemple, la prise prolongée de médicaments principalement de type neuroleptique, les conséquences des chutes à la suite de crises d'épilepsie, l'alimentation difficile ou un manque d'activité physique.

Finalement, Breitenbach (1999) aborde le vieillissement pathologique qui serait des symptômes de vieillissement spécifique aux personnes ayant une déficience intellectuelle et directement lié à leur situation de handicap mais celui-ci faisant débat auprès des spécialistes, il n'est pas développé dans ce travail.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle souffrent de plusieurs symptômes liés à l'avancée en âge, qu'ils soient dus au vieillissement classique, particulier ou pathologique : usure articulaire, conséquences des fractures lors des crises d'épilepsie, les déformations articulaires en cas de surpoids, les complications au niveau des vertèbres cervicales (principalement pour la trisomie 21), les troubles sensoriels (apparition fréquente de cataracte). Les problèmes auditifs sont souvent difficiles à détecter et à corriger (appareils non tolérés). Diabète, hypertension, excès d'urée, déséquilibres hormonaux souvent dus à la prise de médicaments au long terme. La « bradypsychie » (ralentissement des capacités intellectuelles) et la « viscosité mentale » (engluement de la pensée) ont tendance à s'aggraver (Dalla Piazza, 2005).

Parfois, l'avancée en âge peut aussi avoir de bons côtés. L'âge stabilise l'agitation, l'excitation, les stéréotypies. Les crises d'épilepsie diminuent de manière générale. Les personnes ayant été institutionnalisées et donc confrontées à la vie communautaire ont davantage de ressources que celles restées en milieu familial qui, souvent, est plus rassurant mais provoque un repli sur soi.

Il faut toutefois rappeler que le vieillissement reste très différent d'une personne à l'autre :

*« Les effets du vieillissement [...] résultent d'une interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels dont les influences respectives varient selon les individus. L'avancée en âge n'engendre pas un processus de changement uniforme et linéaire, mais présente une diversité d'évolutions en fonction des psychologies individuelles, de l'état de santé, des attentes de l'environnement et des parcours sociaux et éventuellement institutionnels. » (Zribi, 2012, p. 65).*

La notion de handicap est elle aussi très large et difficile à appréhender. Ce terme générique englobe non seulement les différents types de handicap mais également leurs différents degrés, leur configuration et leurs causes qui changent d'une personne à l'autre. C'est pourquoi, aborder le vieillissement des personnes en situation de handicap peut entraîner des erreurs d'appréciation.

Même s'il tend à être précis, ce travail ne peut donc pas prétendre à l'exhaustivité, ni en matière de définition du handicap et du vieillissement, ni vis-à-vis des pratiques envers ces personnes : *« Il nous faut donc admettre que toute réflexion sur le (les) handicap(s) ou le (les) vieillissement(s) met en évidence leur étendue et leur hétérogénéité. ... Des conclusions unificatrices sur le vieillissement des handicapés, notamment sur celui des handicaps mentaux et psychiques, et donc sur les réponses à apporter, se révèlent finalement et à tous coups, réductrices et insatisfaisantes »* (Zribi, 2012, p. 65).

On peut donc observer que l'accompagnement de personnes aussi diverses est un défi qui demande une grande implication et des connaissances spécifiques sur le sujet. Les personnes qui effectuent cet accompagnement et qui sont au cœur de ce travail sont celles qui ont choisi le métier d'éducateur social (ES). Le prochain chapitre aura pour objectif de mieux comprendre leur pratique et les outils à disposition pour que l'accompagnement se fasse dans les meilleures conditions possibles.

### 2.3. PRATIQUE ÉDUCATIVE

Le métier d'éducateur social est probablement l'un des métiers les plus difficiles à définir tant son application est vaste. La définition proposée dans le Plan d'Etude Cadre (PEC) de la HES·SO en Travail social illustre parfaitement la variété de population et de champs d'action concernés par l'éducation sociale :

*« Les éducatrices et éducateurs sociaux interviennent auprès de personnes et de groupes de tous âges, enfants, jeunes, adultes, personnes en situation de handicap et/ou en grandes difficultés sociales, personnes âgées. [...] Les éducatrices et éducateurs sociaux travaillent dans une grande diversité d'institutions, de services ou d'organismes d'utilité publique ou de droit privé qui offrent des prestations socio-éducatives, médico-sociales, d'évaluation et d'apprentissage, en internats, en milieux fermés ou ouverts ou dans des structures de jours. Elles-ils peuvent être mandaté·e·s par un service public, une institution privée ou une*

*association et peuvent aussi exercer auprès de personnes sous aide contrainte. »* (HES-SO, 2020, p. 6).

L'éducation sociale comme on l'entend aujourd'hui a vu le jour au début du vingtième siècle après la période de changement des paradigmes socio-économiques apparus à la fin du XIX<sup>ème</sup>. A partir de 1945, dans un monde d'après-guerre, l'éducation sociale s'est officialisée, tout d'abord auprès des enfants en internat pour exercer un rôle de substitut parental (Dréano, 2015).

La conception du métier d'éducateur a beaucoup évolué depuis lors mais les fondements restent les mêmes :

*« Pourtant, au-delà des différences de fond et de forme, la diversité des pratiques actuelles reste fédérée par des valeurs et principes d'accompagnement qui lui sont essentiels et lui préservent une identité spécifique et forte dans le concert des nombreuses interventions sociales qu'ont suscitées crises et mutations de ces cinquante dernières années. »* (Dréano, 2015, p. 2).

### 2.3.1. ACCOMPAGNEMENT ÉDUCATIF

Accompagnement éducatif, relation éducative, projet éducatif, acte éducatif, tous ces termes spécifiques au métier des ES peuvent prêter à confusion. Dans ce chapitre, ces notions sont développées afin de comprendre les différents outils que l'ES utilise dans sa pratique professionnelle.

L'accompagnement éducatif est une « modalité de transmission de savoirs » pour l'accompagnant et un outil d'apprentissage pour l'accompagné. L'attitude de l'accompagnant a une grande influence sur le résultat de cette relation. L'interaction humaine est un facteur essentiel dans l'apprentissage et la posture de l'accompagnant en est la clé. En effet, il ne peut pas être question uniquement d'assistance qui serait un frein à l'objectif final de tendre à la meilleure autonomie possible et finalement, de ne plus avoir besoin d'accompagnement. La collaboration est donc essentielle dans ce « contrat » (Corond, 2017).

### 2.3.2. RELATION ÉDUCATIVE

La relation éducative définit le lien que l'accompagnant noue avec l'accompagné et inversement. Elle est nécessaire pour une collaboration empreinte de confiance mutuelle et offre à la personne accompagnée la possibilité de s'ouvrir à l'autre et de répondre à un besoin commun à tout un chacun : « la présence humaine ».

*« Les éducateurs spécialisés savent [...] que sans établir de relation, il n'y a pas de travail possible. [...] Ni exclusives, ni totalement objectives, les relations que les éducateurs créent avec les personnes qu'ils accompagnent deviennent des relations de confiance avec le temps, avec l'authenticité des propos et la fidélité des professionnels. »* (Mirolo, 2017, p. 249).

La relation éducative est l'outil principal des éducateurs. La mise en place d'un espace relationnel permet aux bénéficiaires de se sentir en confiance. Lorsqu'un professionnel a le désir de venir en aide, la capacité d'écoute et la volonté de comprendre l'autre, le bénéficiaire le ressent. Dès lors, même si aucune solution au problème n'a été trouvée à travers cette collaboration, la personne accompagnée se sent parfois déjà soulagée, par l'intention d'aide et l'écoute attentive de son interlocuteur.

Cette relation privilégiée génère nécessairement de part et d'autre, des enjeux relationnels avec des attentes et des intentions. Tous les enjeux que l'on peut retrouver dans toute relation s'y ajoutent mais de manière asymétrique et souvent inconsciente. C'est pourquoi la distance éducative est essentielle pour une relation saine. La distance professionnelle est théoriquement ni trop près, ni trop loin car l'un comme l'autre engendre un risque de désengagement professionnel. Le recul est difficile à avoir sur les situations puisque l'échange relationnel s'ancre dans l'instant présent et provoque parfois des réactions instinctives. C'est alors l'expérience professionnelle qui vient affiner cette intuition car la réflexion et l'auto-évaluation se font en dehors de ces interactions et influencent les interactions suivantes (Rouzel, 2022).

Cette proximité/distance relationnelle a un impact sur l'intimité psychique et physique des interactions. La zone de confort de chacun varie selon sa culture, son âge ou même des sensibilités particulières ou des affinités entre les personnes. *« [...] chacun d'entre nous aménage au-delà de sa peau, une zone plus ou moins large, un peu comme une bulle, que seuls les intimes peuvent franchir. [...] on sait que la nature des échanges varie avec la*

*distance qu'on établit entre les corps, et notamment le regard, la voix, les mains, la peau, les odeurs, etc. [...] Passée la longueur des bras, il faut s'en remettre aux yeux et à la voix qui, dans certains cas, compensent la distance. » (Rouzel, 2022, p. 300).*

### 2.3.3. ACTE ÉDUCATIF

L'acte éducatif se rapporte au quotidien. Il comprend toutes les actions entreprises dans l'accompagnement des personnes dans leur quotidien. C'est un terme difficile à définir car il ne se voit pas, ne se quantifie pas. Il se vit dans les petites choses que l'ES pratique souvent inconsciemment, en puisant dans ses expériences de vie, professionnelles et ses savoirs théoriques. Inconscient ne signifie donc pas sans fondements mais bien « *se tenir au plus près de l'action et de la réflexion, en ne lâchant ni sur l'un, ni sur l'autre.* » (Rouzel, 2022, p. 4). C'est donc la mise en pratique de l'articulation entre l'expérience pratique et la théorie.

### 2.3.4. PROJET ÉDUCATIF

L'un des outils principaux de l'ES est le projet éducatif. Un projet élaboré en co-construction avec le bénéficiaire afin d'atteindre un objectif, un état de mieux être, le développement d'une nouvelle compétence, etc. Le but de ce projet est donc une évolution de la situation actuelle. Cet outil est très adapté aux enfants et adolescents, ayant une importante marge de progression. Le référent est garant du suivi du projet (Vesin, 2022).

L'un des rôles imputés aux ES est de permettre aux personnes accueillies d'acquérir les normes sociales et de nouvelles compétences leur permettant une meilleure insertion dans la société. Mais pour différencier l'éducation des enfants de celle des adultes, le mot « accompagnement » est souvent préféré car moins stigmatisant et infantilisant. « *Peut-on parler d'éducation avec des personnes adultes ? Peut-on faire appel, quand on intervient auprès d'adultes à des préceptes éducatifs utilisés pour l'éducation des enfants, même si certains adultes avec une déficience intellectuelle présentent des comportements infantiles ?* » (Vesin, 2022, p. 60).

Les populations du handicap psychique et de la déficience intellectuelle sont limitées dans cet exercice de co-construction du projet éducatif. Pour les personnes atteintes d'un trouble psychique, la motivation, l'entrain, l'énergie nécessaires à la mise en place et au suivi d'un

projet est souvent un défi en soi puisque leurs symptômes comme soulignés ci-dessus, entrent en conflit direct avec cela.

Pour les personnes avec une déficience intellectuelle, la difficulté est dans la co-construction puisque leur déficience rend l'élaboration d'une idée complexe et qu'il est particulièrement difficile pour ces personnes d'exprimer leurs besoins et leurs envies (Vesin, 2022).

Vesin (2022) précise à ce sujet que les personnes avec une déficience intellectuelle développent des stratégies afin de trouver l'approbation de l'éducateur. Elle dira ce qu'elle pense qu'il souhaite entendre. Cela demande de bien connaître la personne et beaucoup de temps et de précautions pour tenter de savoir ce que la personne souhaite réellement. Ce dernier point est étayé par Bedoin & Scelles (2015, p. 75) : « *Lors d'un entretien, la personne DI (déficiente intellectuelle) peut également avoir des difficultés à formuler sa pensée, à trouver les mots qui en rendent compte et à structurer ses phrases. En effet, le manque de vocabulaire rend complexe l'expression de nuances de la pensée. Pour remédier à cela, les personnes DI peuvent formuler une idée, une parole pour "donner le change" et ne pas dire qu'elles ne savent pas ou que c'est trop difficile à dire.* »

D'autre part, comme précisé dans le chapitre sur le vieillissement, cette partie de la vie se caractérise par un déclin des capacités. Au lieu d'avoir une amélioration de la situation, nous nous trouvons face à des personnes qui espèrent au mieux, un maintien des acquis et au pire une perte graduelle d'autonomie. L'objectif final de la relation d'accompagnement ne peut donc pas être l'autonomisation des personnes accompagnées. Le sens même de l'action éducative est mis en question et réévalué afin de s'aligner avec les nouveaux paradigmes qu'induit le vieillissement des personnes accueillies.

Avec ces définitions qui expliquent les concepts de l'éducation en travail social, ce contexte professionnel devient plus clair. Le chapitre suivant se concentre, lui, sur la pratique concrète de ces accompagnants et sur les défis qui émergent lorsqu'apparaissent les nouveaux besoins inhérents aux personnes en situation de handicap vieillissantes.

### 2.3.5. EVOLUTION DE LA PRATIQUE

Avec ces nouveaux enjeux liés au vieillissement des personnes accompagnées, la pratique doit elle aussi évoluer, plus de soins, plus de polyvalence, plus de connaissances spécifiques dans l'accompagnement des personnes vieillissantes :

*« Actuellement, la réflexion porte sur le fait que l'augmentation de l'espérance de vie va de pair avec l'émergence de signes cliniques en rapport avec d'une part la baisse des capacités fonctionnelles, dont l'autonomie et les facultés d'adaptation physique, psychique ou sociale, qui engendrent une dépendance accrue, et de l'autre l'augmentation d'affections dégénératives consécutives à la vieillesse telles que les pathologies cardiovasculaires, le cancer etc. »*  
(Bénarosch, 2020, p. 3).

Pour un bon suivi des personnes en situation de handicap vieillissantes, quelques points doivent être respectés. Tout d'abord, le lieu d'hébergement doit être adapté, les espaces privés doivent être personnalisés, les espaces partagés doivent être investis. Il est essentiel de proposer des activités permettant un ralentissement du processus de vieillissement cognitif et moteur. Favoriser l'autodétermination des résidents, surtout lorsque cela concerne l'exercice de leurs droits. Offrir des prestations diverses en équipe pluridisciplinaire (ES, médecins, infirmiers, mais également des prestations sociales, culturelles et sportives adaptées). Adapter les activités et prestations, le fonctionnement général aux besoins des résidents.

La prise en charge concrète des besoins médicaux doit être une priorité, s'il n'y a pas de personnel médical dans l'institution, le recours à du personnel médical extérieur sera préféré. Au sein de la structure d'accueil, il s'agira surtout de prévenir la baisse des capacités physiques, les accidents (adaptation sécuritaire de l'environnement), les risques de troubles alimentaires (améliorer la qualité et la quantité des repas), l'hygiène corporelle et surtout adapter le rythme en proposant des activités tout en respectant les temps de repos.

La prévention et le dépistage de troubles associés au vieillissement comme la dégradation des organes sensoriels, l'ostéoporose, l'arthrose, l'hypertension, ...

Dans le cas d'une apparition de maladie grave et incurable, la collaboration avec une unité de soins palliatifs sera importante pour les équipes, les autres résidents et la personne en fin de vie (Zribi, 2014).

Dalla Piazza (2005) insiste sur l'adaptation du rythme. En effet, les personnes accueillies dans les institutions sociales diffèrent par leur handicap mais aussi par leur âge. Il est donc nécessaire d'adapter le rythme aux personnes âgées sans oublier les personnes ayant un rythme plus soutenu. Dans ces cas-là, si l'environnement le permet, une séparation des groupes pour l'une ou l'autre activité est à encourager.

Pour les personnes vieillissantes, l'adaptation du rythme n'est pas à favoriser uniquement dans les activités en elles-mêmes mais également pour la vie en général (adaptation des horaires de lever, de coucher, de repas, mise en place de moments de repos, durée des activités proposées, ...)

L'adaptation des structures est aussi à revoir dans la mesure du possible. Avoir un espace de repos adapté, que ce soit dans les chambres ou là où ont lieu les activités de groupe. La division en plus petits groupes ou unités permet également un espace moins bruyant et loin de l'excitation que l'on retrouve lors de grands rassemblements. Cela permet d'éviter une partie des conflits engendrés par les tensions que le bruit provoque (Dalla Piazza, 2005).

Un nouveau type d'activités peut être proposé pour qu'il soit adapté avec l'avancée en âge. Les activités stimulant les capacités sensorielles et physiques, les activités permettant le maintien des compétences physiques, les activités permettant le maintien des acquis cognitifs, sociaux et fonctionnels. Les activités contemplatives mais enrichissantes. Lors des activités extérieures, l'accent doit être mis sur l'encadrement puisque la mobilité est limitée et différente d'une personne à l'autre, les comportements sociaux peuvent être inadaptés et les risques de désorientation et de fugue sont accrus. Une présence en nombre et attentive doit être encouragée (Dalla Piazza, 2005).

*« Un nouvel encadrement dans l'institution suppose de nouvelles ressources dans le personnel. Elles passent par une formation adaptée qui peut prendre plusieurs voies. »* En effet, favoriser la formation des accompagnants est essentiel avec l'arrivée de ces nouveaux paradigmes. La formation doit comprendre la connaissance des risques liés à l'âge (alimentation, nutrition, aspects physiologiques), des pathologies rencontrées (arthrose, pathologies psychiatriques, maladies cardio-vasculaires, ...), des besoins découlant de la dégénérescence (confort de vie, aides techniques, accompagnement du deuil, de la maladie,

intervention des soins palliatifs, ...), des activités à favoriser, des manutentions (transfert, support) et des soins (toilette, surveillance des symptômes, ...) (Dalla Piazza, 2005, p. 98).

Toutes ces informations montrent à quel point les institutions et l'accompagnement peut améliorer la qualité de vie de ces personnes et aider à maintenir le plus longtemps possible, l'autonomie des personnes mais également un bien-être physique et moral. « *Retenons, et c'est important, que les milieux de vie des personnes handicapées mentales exercent une influence significative sur l'évolution des compétences avec l'âge.* » (de Thibault & Populaire, 2012, p. 79) .

### 3. PROBLÉMATIQUE

Le cadre théorique montre que le vieillissement des personnes ayant une déficience intellectuelle et/ou un trouble psychique engendre une perte d'autonomie dans les actes du quotidien. Cette perte d'autonomie provoque un changement des paradigmes liés à l'accompagnement éducatif. Les ES doivent réinventer leur accompagnement, leurs outils, jusqu'à leurs relations professionnelles avec les personnes qu'ils accompagnent afin de répondre aux nouveaux besoins émergents.

Les structures ne correspondent pas toujours à ce nouvel accompagnement car elles n'évoluent pas aussi vite que les besoins. Les institutions ont souvent des chambres partagées, des sanitaires communs ou inadaptés au déclin physique des personnes vieillissantes, des espaces limités ou surpeuplés, etc. Les ES se trouvent rapidement démunis pour accompagner ces personnes dans ces conditions. Ce travail n'a pas la prétention de vouloir améliorer les structures puisque les enjeux sont nombreux mais plutôt de savoir comment les professionnels parviennent tout de même à effectuer leur travail malgré les difficultés structurelles.

Les modes d'accompagnement doivent eux aussi être adaptés puisque les activités proposées, le rythme et les projets sont limités par les symptômes du vieillissement. C'est parfois la vision même du métier qui doit être réévaluée et réadaptée afin de répondre efficacement aux besoins des personnes accueillies.

Le vieillissement des personnes accompagnées engendre également un plus grand nombre de soins. Les soins d'hygiène doivent être plus régulièrement effectués par les ES. Ces

derniers doivent également effectuer des soins de base comme changer des pansements, donner la médication, parfois observer et demander au médecin de réévaluer la médication, surveiller l'état de la peau, des dents, des pieds, etc. Ils peuvent aller jusqu'à effectuer des injections sous-cutanées (insuline, anticoagulant, ...). Les ES ne sont pas forcément formés dans ces domaines et doivent adapter leur accompagnement voire leur relation éducative avec les pensionnaires afin de rendre ces soins les plus confortables possible pour chacun.

Toutes ces conclusions m'amènent à me poser la question suivante qui sera ma question de recherche pour la suite de ce travail :

---

Comment les ES adaptent-ils leur accompagnement face aux nouveaux enjeux qu'amène le vieillissement des personnes en situation de handicap intellectuel et/ou psychique accueillies dans les institutions sociales du Valais central ?

---

### 3.1.HYPOTHÈSES

Afin de tenter de répondre à cette question de recherche, les hypothèses suivantes ont été vérifiées auprès des accompagnants interrogés.

#### 3.1.1. HYPOTHÈSE N°1

*Les ES composent avec les limites des structures institutionnelles.*

Cette hypothèse questionne la manière dont les ES adaptent leur accompagnement lorsqu'ils sont confrontés à des limites institutionnelles qui entravent leur action. Les chambres, lits, sanitaires, transports, moyens auxiliaires ne correspondent pas toujours aux besoins des personnes accompagnées et des ES. Ces derniers sont donc amenés à user d'outils et de pratiques pour faire face à ces limites. Les équipes doivent également composer avec une augmentation de la charge de travail sans pour autant qu'il n'y ait d'augmentation d'effectif ou d'heures de travail.

#### 3.1.2. HYPOTHÈSE N°2

*Les ES adaptent l'organisation de leur travail pour répondre aux nouveaux besoins des personnes accompagnées.*

Cette hypothèse questionne la manière dont les ES adaptent leur pratique aux besoins liés au vieillissement des personnes accompagnées. Le rythme et les choix des activités sont adaptés aux capacités des personnes. Les projets éducatifs proposés correspondent à leurs compétences et leurs besoins, ils se concentrent sur le maintien des acquis et non sur le développement de nouvelles compétences. La participation aux tâches communes est maintenue pour le maintien des compétences mais adapté aux capacités de chacun. Les équipes doivent encourager l'équité pour tous et la diversité des actions entreprises afin de répondre aux besoins de chacun, selon leur âge ou leur stade de vieillissement.

### 3.1.3. HYPOTHÈSE N°3

*L'augmentation de la part de soins modifie la relation éducative et questionne le champ de compétences des ES.*

Cette hypothèse questionne l'impact de l'augmentation de la part de soins d'hygiène et de confort que le vieillissement des personnes induit. Les ES doivent composer avec cette intimité nouvelle qu'ils partagent avec les personnes car plus on connaît la personne, plus il peut être difficile d'aborder l'intimité. De plus, des besoins en formation se font sentir dans ce domaine car les ES manquent de connaissance sur les besoins en accompagnement des personnes vieillissantes, en particulier leur santé. De plus, les ES sont des travailleurs sociaux et non des soignants. Certains ES peuvent ne pas être à l'aise avec les actes de soin. Du personnel médical formé n'est pas forcément employé par les institutions. Les ES doivent donc collaborer avec des professionnels externes à l'institution et trouver des consensus organisationnels dans l'intérêt des personnes accompagnées.

## 4. MÉTHODOLOGIE

Pour éclairer la démarche méthodologique de ce travail, je me suis basée sur le manuel de recherche en sciences sociales de Van Campenhoudt, Marquet & Quivy (2017). Leur structure du travail convient à l'idée que j'en avais et leur schéma me parle. J'apprécie également les « boucles de rétroaction » qui montrent bien qu'il faut toujours être capable de revenir en arrière et questionner le départ avant de pouvoir développer la suite du travail.

#### 4.1. OUTIL DE RECUEIL DE DONNÉES

Étant donné la nature de mon sujet, une analyse qualitative est, à mon sens, plus adaptée puisque l'on questionne une pratique professionnelle, difficilement quantifiable. C'est donc la qualité et non le nombre qui importe.

J'ai récolté les données sous forme d'entretiens semi-dirigés car mes questions concernent la pratique professionnelle des ES sur le terrain et que le meilleur moyen d'y répondre est de les poser directement aux personnes concernées. J'ai souhaité leur poser des questions ouvertes plutôt que simplement leur laisser la parole libre sur le sujet afin de garder un cadre et d'avoir des réponses aux thèmes précis que je cherchais.

La construction de l'outil de recueil des données, ici une grille d'entretien, s'est faite de manière méthodique. Les trois hypothèses ont servi de structure globale. Pour chaque hypothèse, j'ai défini des objectifs desquels ont découlé mes questions principales et de ces questions, ont découlé des indicateurs. Ces derniers représentent les informations précises que je souhaitais aller chercher sur le terrain. Si les indicateurs n'étaient pas ressortis grâce aux questions principales, je pouvais m'appuyer sur les questions de relance (cf annexe 1)<sup>3</sup>.

#### 4.2. TERRAIN ET ÉCHANTILLONNAGE

Après avoir effectué un premier entretien exploratoire, j'ai interrogé quatre ES, travaillant dans des institutions valaisannes accueillant des adultes en situation de handicap psychique et/ou intellectuel sans personnel médical. Je précise également qu'ils ont répondu aux questions en se basant sur toutes les expériences professionnelles qu'ils ont pu avoir dans ce type d'institution, même si ce n'était pas en lien avec l'institution dans laquelle ils travaillent actuellement. Le panel a également été choisi de manière à varier le genre, l'âge et les années d'expérience afin de voir si cela pouvait exercer une influence sur leur point de vue professionnel.

---

<sup>3</sup> Annexe 1 : Grille d'entretien

## Echantillon



Sarah

Environ 20 ans d'expérience avec des adultes en situation de handicap dans plusieurs institutions différentes



Laurent

Environ 30 ans d'expérience avec des adultes en situation de handicap dans le même foyer, longtemps dans un poste à responsabilité



Sophie

Environ 15 ans d'expérience avec des adultes en situation de handicap dans différentes institutions, expérience dans un poste à responsabilité



Pascal

Environ 30 ans d'expérience avec des adultes en situation de handicap, principalement psychique, dans la même institution

[Vector Icons and Stickers - PNG, SVG, EPS, PSD and CSS \(flaticon.com\)](https://www.flaticon.com)

Avec l'outil de recueil des données choisi, quatre entretiens suffisent à avoir une appréciation globale de ce qu'il peut se passer dans les institutions. Un nombre plus élevé aurait été idéal mais avec le temps imparti et l'ampleur limitée de ce travail, il aurait été ambitieux d'en faire davantage. Je souligne tout de même que ce nombre restreint implique de ne pas généraliser les données récoltées et précise que cette recherche permet de se faire une idée mais n'est en aucun cas exhaustif.

J'ai souhaité des institutions n'employant pas directement de personnel médical car cela aurait exercé une influence sur la pratique et la charge de travail des ES et aurait certainement changé les paradigmes. De plus, mon expérience personnelle sur le terrain, qui a fait naître en moi l'intérêt pour ce sujet, s'est limitée à des institutions de ce type.

La recherche s'est limitée au Valais central car les politiques et les structures peuvent varier de manière importante entre les cantons et c'est l'état actuel des choses en Valais qui m'intéresse. De plus, c'est géographiquement plus proche et pratique pour moi.

Afin de contacter les professionnels interrogés, je suis passée par mes contacts professionnels et non les institutions car, bien qu'éléments de la problématique soulignée, elles ne sont pas déterminantes pour les réponses. De plus, en ayant travaillé dans le milieu plusieurs années,

j'ai pu créer un réseau de professionnels et ainsi, savoir directement si, dans les institutions où ces personnes sont employées, les professionnels sont confrontés au vieillissement des personnes accompagnées.

Afin d'informer les personnes interrogées des modalités des entretiens et de leurs droits, je leur ai demandé de prendre connaissance et signer un formulaire de consentement (cf annexe 2)<sup>4</sup>.

### 4.3.ETHIQUE

Dans cette recherche, quelques questions éthiques sont à évoquer. Premièrement, comme j'ai utilisé mon réseau professionnel, j'ai principalement interrogé des personnes avec qui j'ai déjà travaillé ou que je connais de près ou de loin. J'ai donc dû rester attentive au risque de subjectivité.

Deuxièmement, je travaille dans ce domaine et ai été confrontée à cette problématique ce qui induit quelques préconstruits quant aux résultats de la recherche. Je dois donc laisser de côté mon avis personnel afin de donner la parole aux professionnels interrogés, sans interférer.

Troisièmement, limitée par le temps, les personnes interrogées travaillent actuellement dans deux institutions différentes. Leurs expériences passées dans d'autres institutions et leur vision personnelle ont été riches et profitables pour varier les points de vue mais un échantillon venant de quatre institutions différentes aurait été préférable pour une meilleure vue d'ensemble de l'état actuel.

## 5. ANALYSE

Afin de vérifier mes trois hypothèses, j'ai questionné les pratiques des quatre professionnels interrogés. Pour garantir l'anonymat de ces derniers, leurs noms ont été remplacés par des noms d'emprunt et les institutions dans lesquelles ils ont puisé leurs exemples n'ont pas été mentionnées dans les citations.

---

<sup>4</sup> Annexe 2 : Formulaire de consentement

Avant de passer aux hypothèses, j'ai demandé aux professionnels leur parcours et s'ils avaient observé une augmentation du nombre personnes vieillissantes dans les foyers dans lesquels ils ont travaillé. Tous ont confirmé avoir observé ce phénomène et que cela a eu un impact non seulement sur l'autonomie et la santé des personnes accueillies mais également sur l'accompagnement éducatif.

### 5.1.HYPOTHÈSE N°1

Pour rappel, la première hypothèse questionne l'adaptation des accompagnants aux manques structurels. Afin de vérifier cette hypothèse, j'ai interrogé les professionnels sur quatre thèmes :

#### 5.1.1. ADAPTATION À L'ARCHITECTURE

Comme expliqué par Zribi (2014) et Dalla Piazza (2005) dans le chapitre sur l'évolution de la pratique, l'adaptation des structures est à revoir dans les institutions pour permettre un meilleur accompagnement des personnes vieillissantes. Dans la pratique, les modifications structurelles demandent beaucoup de temps, de financement et parfois de démarches administratives qui, non seulement, ne dépendent pas des accompagnants mais en plus peuvent être difficiles à mettre en place. Les besoins, eux, augmentent plus rapidement. Cela engendre la nécessité de trouver des alternatives afin que les personnes accompagnées puissent profiter sereinement du lieu dans lequel ils résident.

A ce sujet, tous confirment que les foyers dans lesquels ils travaillent ou ont travaillé ne sont pas adaptés. Sarah précise qu'ils sont « en train de faire des travaux » mais que cela prend du temps. Pour compenser ces manques, elle explique que ses collègues et elle ont tenté d'améliorer la situation en faisant eux-mêmes des petits ajustements comme réorganiser et bricoler une armoire pour que la personne puisse accéder à ses affaires par elle-même. Elle souligne également l'intérêt que peut avoir la collaboration avec des ergothérapeutes dans l'adaptation de l'agencement d'une chambre. Laurent souligne les risques pour la sécurité des personnes accueillies. En effet, dans son foyer, les salles de bain ne sont pas toutes adaptées et il y a des risques de chutes. C'est sur cette problématique que se sont penchés les ES et leur hiérarchie afin de sécuriser au maximum ces lieux. Des moyens auxiliaires tels que des barres de douche, des sièges et des tapis antiglisse ont été mis en place en priorité.

Sophie estime que les difficultés architecturales sont un grand défi. L'institution dans laquelle elle travaille est très grande. Il y a de longs couloirs, plusieurs cages d'escaliers, plusieurs étages. Elle explique que lorsque certaines personnes accompagnées ont commencé à avoir les premiers symptômes de dégénérescence cognitive, cela a engendré beaucoup de confusion et un risque que les personnes se perdent. Elle sait toutefois que les accompagnants doivent user de créativité dans leur accompagnement pour éviter que cela n'arrive. Elle précise qu'actuellement, le meilleur moyen de parer aux manques structurels est d'utiliser des moyens auxiliaires.

Pascal nuance un peu son avis puisque l'institution dans laquelle il travaille n'a pas non plus été construite à l'origine pour accueillir des personnes en situation de handicap mais les accompagnants peuvent tout de même adapter « plein de petites choses ». Il précise que les moyens auxiliaires comme les protections contre les pertes urinaires ou fécales, les déambulateurs, les chaises roulantes électriques, etc. sont de plus en plus fréquents. Il dit toutefois que lorsque la structure n'est plus adaptée à certaines personnes malgré les efforts des accompagnants, c'est le signe que l'institution a atteint sa limite dans leur accompagnement et qu'ils devraient tenter de les diriger vers une institution plus adaptée à leurs besoins. Il encouragerait alors les échanges entre les institutions afin de donner à chacun, un endroit adapté à ses besoins.

Je rappelle également que Dalla Piazza (2005) dit que les personnes accompagnées doivent bénéficier de lieux calmes et que les grands rassemblements devraient être évités puisque le bruit et l'agitation peut être facteur d'anxiété pour les personnes vieillissantes. Toutes les personnes interrogées disent que le seul endroit où les résidents peuvent être réellement au calme est leur chambre. Laurent précise que dans une partie des locaux de son institution, il y a une pièce de repos qui permet aux personnes qui le souhaitent de se retirer du groupe afin d'avoir un moment de tranquillité mais que ce n'est pas le cas dans son foyer.

Sophie et Pascal expliquent que dans leur foyer, les résidents mangent tous ensemble dans une grande salle et que cela a déjà engendré des problèmes pour les pensionnaires. Ils ne savent cependant pas si cela est dû à de nouveaux besoins liés au vieillissement ou si c'est dû à leur trouble psychique. Dans les deux cas, ils ont la possibilité de se retirer pour manger à l'étage mais cela implique de manger seul, sans présence de pairs ou d'accompagnants. Pour Pascal, c'est tout de même important d'encourager la convivialité. Il estime que c'est de

la responsabilité des éducateurs d'accompagner les personnes ayant plus de difficultés dans ces moments : « Par essence même, arriver dans une salle à manger avec 20 personnes, il y en aura de toute façon plus de la moitié qui vont être un petit peu tendus qu'il va falloir cerner, aider, accueillir, détendre, faire rire un petit peu si c'est possible ou des fois, demander de rester un peu à l'écart. »

### 5.1.2. CHARGE DE TRAVAIL

Dans la première partie de ce travail, on peut voir que les difficultés qu'engendre le vieillissement des personnes en situation de handicap sont nombreuses. Comme le dit Bénarosch (2020) tout cela amène une augmentation de la quantité de travail : plus de soins, plus de polyvalence, plus d'attention et d'adaptation aux nouveaux besoins. Je me suis donc questionnée sur cette augmentation qui, je pensais, ne va pas toujours de pair avec une augmentation du nombre d'accompagnants. Contrairement à mon préjugé, toutes les personnes interrogées estiment que, la plupart du temps, le personnel est en nombre suffisant. Ils précisent que la charge de travail fluctue avec les départs et arrivées des résidents et que le plus important pour équilibrer la charge de travail est la collaboration et la bonne répartition.

Sarah précise que dans son institution, la charge de travail n'a pas forcément augmenté mais a changé. Elle déplore le fait que les projets éducatifs passent souvent au second plan et qu'ils n'ont pas forcément le temps de mettre en place des activités ludiques car ils sont plus concentrés sur les nouveaux besoins. Sophie estime que la dotation est suffisante sur le foyer mais qu'elle pourrait être mieux équilibrée sur les différentes unités car la charge de travail peut différer d'une unité à l'autre. Pascal estime que la charge de travail est « lourde mais jouable ». Il va même un peu plus loin en disant : « Je pense qu'on est, on est gâtés, on a une charge de travail qui est certes plus que celle qu'on demande aux éducateurs mais disons quelque chose de tout à fait jouable. Je dis ça par rapport à des assistants sociaux qui ont des dossiers et des dossiers à n'en plus finir. » Il précise tout de même comme Sarah que tout est une question d'organisation et de répartition du travail. Laurent appuie également ce point d'organisation par les responsables de foyer. Ayant lui-même été responsable d'un foyer, il a parfois dû faire la demande auprès de sa direction pour avoir du personnel supplémentaire. Il précise que la décision n'incombe pas uniquement à la hiérarchie puisque l'Etat doit également accorder l'augmentation de la dotation et que cela peut être difficile et long à obtenir.

### 5.1.3. MANQUE DE CONNAISSANCES SUR LE VIEILLISSEMENT

Dalla Piazza (2005) insiste sur la formation des accompagnants en termes de connaissance des risques et des besoins spécifiques liés au vieillissement ainsi que des activités à favoriser et des soins à prodiguer.

Tous expriment un manque d'informations à ce sujet. Personne n'a suivi de cours ou n'a eu de formation à ce sujet. Ils ont principalement appris par leurs observations et leur expérience. Laurent, qui s'intéresse à ce sujet depuis de nombreuses années puisqu'il avait, lui aussi, souhaité effectuer son travail de Bachelor sur ce sujet avant de changer d'avis, avait fait des recherches qui lui avaient déjà donné des pistes.

Chacune des personnes interrogées serait intéressée à participer à une formation sur le sujet afin de découvrir de nouvelles pistes d'action face à cette problématique.

### 5.1.4. INTÉRÊT DE COLLABORATION AVEC DU PERSONNEL MÉDICAL

Bénarosch (2020) met l'accent sur la pluridisciplinarité dans les institutions comme outil essentiel au bon accompagnement des personnes vieillissantes. Tous ont expliqué que, n'ayant pas de personnel médical sur place, ils collaborent avec des personnes extérieures à l'institution. Bien que cela demande une grande organisation et une collaboration de la part de chacun, actuellement le résultat est positif.

Contrairement à ce que j'avais imaginé en posant cette question, toutes les personnes interrogées souhaiteraient collaborer directement avec du personnel médical sur place. En effet, ils estiment que la collaboration pourrait être riche et que chaque corps de métier apporterait sa pierre à l'édifice et que le partage de connaissances et de compétence servirait les personnes accompagnées.

Sarah explique qu'elle a eu par le passé des collaborations très intéressantes dans d'autres structures. Pour elle l'interdisciplinarité est primordiale si la structure hiérarchique et organisationnelle est claire. Elle précise toutefois que la collaboration dépend de la volonté des travailleurs mais également d'une bonne répartition des rôles. « Tu peux pas faire de l'interdisciplinarité si tu bosses juste les uns à côté des autres, ça fonctionne pas. ... Après, moi ce que j'ai vécu c'est plutôt que quand il y a quelqu'un qui est trop à vouloir se mêler de tout, prendre le pouvoir, c'est là que ça crée des problèmes. »

#### 5.1.5. BILAN ET PISTES D'ACTION

Comme observé dans la partie théorique de ce travail, il y a un réel déficit dans les structures des institutions. C'est alors aux accompagnants de travailler avec ce déficit et de trouver des alternatives afin de proposer le meilleur accompagnement possible pour les personnes vieillissantes. Les moyens auxiliaires sont essentiels dans l'amélioration des conditions de vie des personnes et l'adaptation, parfois en collaboration avec des ergothérapeutes, de l'aménagement des pièces est une option à retenir.

Une autre piste pourrait être de s'inscrire à une formation à ce sujet ou de proposer à sa hiérarchie de mettre en place une formation interne pour sensibiliser les accompagnants à cette problématique.

Les professionnels pourraient également faire remonter les informations et besoins en termes de répartition de la charge de travail à leur hiérarchie. Cela permettrait de rendre compte efficacement de la charge et de trouver des solutions.

Si du personnel médical est engagé dans la structure, collaborer activement et profiter des forces de chacun est primordial, tout en restant dans le rôle bien défini qui nous est attribué afin de ne pas empiéter sur le travail de l'autre.

### 5.2.HYPOTHÈSE N°2

La deuxième hypothèse porte sur l'adaptation du travail en fonction de l'évolution des besoins des personnes accompagnées.

Comme le propose Dalla Piazza (2005), le type d'activités et le rythme de vie des personnes accompagnées doivent être adaptés à leurs nouvelles capacités.

#### 5.2.1. ANIMATIONS

Tous ceux qui proposent des activités tentent d'adapter au mieux les thèmes et le rythme aux participants. Sarah et Laurent expriment tout de même que malgré leurs efforts, il est impossible de correspondre aux intérêts et besoins de chacun. Dans ce cas, Sarah propose de faire plusieurs groupes et si ce n'est pas possible par manque de personnel, de faire un type d'activité un soir et un autre, plus adapté aux autres le lendemain. Pour Laurent qui travaille souvent seul, la séparation des groupes est impossible. Il adapte donc l'activité au

rythme de celui qui est le plus en difficulté et propose une alternative pour les plus rapides d'une fois qu'ils ont terminé.

Sophie ne met pas beaucoup d'activités quotidiennes en place mais propose des activités ponctuelles (annuelles par exemple) à thème prédéfini pour que les personnes intéressées puissent s'y inscrire. Tout au long de l'année, il y a des activités variées qui sont plus adaptées à l'un ou à l'autre. Les accompagnants ont toutefois la charge de s'assurer que la personne a effectivement les capacités et, dans le cas contraire, de trouver une autre activité qui lui corresponde.

### 5.2.2. PROJETS ÉDUCATIFS

Pour les projets éducatifs, la construction dépend de plusieurs facteurs.

Premièrement, l'institution dans laquelle les personnes interrogées travaillent a une influence sur les réponses à cette question. En effet, bien que les projets éducatifs correspondent tous à la définition de Vesin (2022) ci-dessus, leur forme peut différer selon le courant de pensée sur lequel s'appuie l'institution. Par exemple, dans les institutions de Sophie, Sarah et Pascal, le projet éducatif se base sur le modèle du MDH-PPH<sup>5</sup> qui comprend les facteurs environnementaux et les interactions sociales. Cette manière de faire permet comme le dit Pascal de faire une cartographie de la situation actuelle des personnes. Tous les facteurs sont décrits et évalués et les projets sont mis en place selon les besoins qui en découlent. Dans l'institution de Laurent, l'objectif est coconstruit avec les résidents dans la mesure du possible et se base sur le modèle d'objectifs « SMART »<sup>6</sup>.

Deuxièmement, cela dépend des personnes accompagnées. Avec certaines, la co-construction est possible, avec d'autres leurs capacités ne le permettent pas. De plus, tous

---

<sup>5</sup> MDH-PPH : Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap : Modèle conceptuel utilisé en travail social.

<sup>6</sup> Acronyme anglais servant à déterminer comment mettre en place des objectifs selon les critères suivants : Spécifique, mesurable, atteignable, pertinent et défini dans le temps. (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-bound).

expliquent qu'avec le vieillissement des personnes, la marge de progression devient minime et les objectifs portant sur le maintien des acquis se font de plus en plus courants. Cela permet aux personnes de garder un certain niveau d'autonomie et met en valeur les compétences qu'ils ont déjà acquises. La mise en échec est ainsi limitée puisque les objectifs sont atteignables.

Comme le dit Pascal : « Rapidement on se rend compte qu'on ne va pas les mettre en échec. Le but c'est pas de trouver un objectif qui te fait du bien à toi mais qui les fracasse eux et des fois on voit ça dans les PAI<sup>7</sup> ou autre avec des termes que même ministre il comprend pas la tournure du truc. Tout simple, tout simple et surtout très efficace pour eux. »

Aucune des personnes interrogées n'ont mis en place de projets qui a leurs yeux ne faisaient pas sens juste pour correspondre au nombre de projets annuels demandés par les institutions. Laurent précise que selon lui, il y a toujours quelque chose à faire, même si cela nous semble peu. Tant que cela peut améliorer la qualité de vie des personnes accueillies, cela vaut la peine. Sarah précise que le jour où on ne peut plus rien mettre en place de ce côté-là, c'est que le moment est venu de se poser la question d'un changement de structure.

### 5.2.3. GESTION DES TÂCHES COMMUNES

La part de tâches communes demandées aux résidents dépend également de l'institution dans laquelle ils vivent. Pour une part des personnes interrogées, la notion d'hôtellerie est même ressortie pour imager le peu d'implication demandée aux résidents. Cela s'explique d'une part, par le fait que les personnes accueillies arrivent dans ces structures principalement pour mettre toute l'énergie possible dans l'objectif d'aller mieux. D'autre part, par les difficultés physiques et psychiques de certaines d'entre elles qui rendent les tâches difficiles.

Dans l'institution où travaille Laurent, les personnes accueillies ont tout de même un grand nombre de tâches à effectuer. Ils participent sous forme de tournus à la vaisselle et au tri des déchets et doivent maintenir leur chambre rangée pour faciliter le travail de la femme de ménage. Si leurs capacités ne le leur permettent plus, les tâches sont allégées ou adaptées.

---

<sup>7</sup> PAI : Projet d'Action Individualisé

L'équipe éducative en profite également pour faire collaborer les personnes les plus indépendantes avec les personnes ayant le moins de capacités pour encourager l'entraide. Laurent précise que cela peut également être un critère pour remettre en question le placement. « Y a pas de limite d'âge pour rester chez nous, c'est du cas par cas. Justement on pourrait dire que ça pourrait être un critère le jour où la personne n'arrive plus à rien faire de ce qu'on lui demande au niveau de la communauté en groupe, peut-être que c'est mieux un EMS. »

#### 5.2.4. BILAN ET PISTES D'ACTION

Les accompagnants proposent un grand nombre d'activités et tentent de les adapter aux capacités et aux rythmes des participants. Lorsque ce n'est pas possible, ils séparent les groupes pour que chacun puisse y trouver son compte.

Les projets éducatifs portent pour la plupart des personnes vieillissantes sur le maintien des acquis. Cela permet de ralentir le processus de vieillissement et de maintenir un certain niveau d'autonomie. Aucun des professionnels ne met en place de projet « alibi » car ils tiennent à mettre du sens dans les projets mis en place. Ils se basent pour cela sur les outils à disposition.

Lorsque les tâches communes ne sont plus accessibles aux personnes, ils tentent de les accompagner ou les faire collaborer avec d'autres personnes plus indépendantes afin de créer de la cohésion de groupe.

### 5.3. HYPOTHÈSE N°3

La troisième hypothèse concerne l'augmentation des soins et son influence sur la relation éducative. Encore une fois, tous ont observé l'augmentation de la part de soins d'hygiène de base et même de soins plus spécifiques selon les situations.

#### 5.3.1. FORMATION EN SOINS

Comme cité ci-dessus, Dalla Piazza (2005) met en évidence un besoin de formation spécifique pour l'accompagnement des personnes vieillissantes. Il met l'accent sur les soins, que ce soit pour la toilette, la surveillance des symptômes ou les manutentions. Trois des professionnels interrogés ont exprimé un manque de formation à ce sujet. Le cursus de formation des accompagnants ne comprend pas cette thématique. L'apprentissage des soins se fait sur le

terrain, dans le cas où les soins font partie intégrante du travail quotidien, comme dans les structures accueillant des personnes vivant une situation de handicap lourde. Alors, ce sont les professionnels expérimentés qui transmettent leur savoir au nouveau personnel engagé. Sophie en a fait l'expérience dans une structure dans laquelle elle a travaillé auparavant. « Alors, là où je suis maintenant j'ai pas reçu de formation spécifique mais là où je travaillais avant, comme c'était un établissement médico-social, y avait les actes délégués et du coup, là, j'avais par les infirmières appris à faire certains gestes et voilà les toilettes tout ça. Enfin on faisait des toilettes tous les jours en fait. »

Laurent explique qu'il a profité du parcours d'une des accompagnantes de son foyer, qui a fait une formation d'Assistante Socio-Educative (ASE) avant celle d'éducatrice et qui comprenait un module sur les soins d'hygiène de base. Il lui a donc demandé en colloque d'équipe de faire une présentation rapide de ce cours à ses collègues pour que chacun puisse avoir une petite notion des choses importantes à retenir à ce sujet.

### 5.3.2. INTIMITÉ, RELATION ÉDUCATIVE

Dans le chapitre sur la relation éducative, Rouzel (2022) explique que des enjeux relationnels peuvent survenir. La distance professionnelle doit être adaptée aux sensibilités et affinités de chacun. La zone de confort peut varier d'une personne à l'autre et l'intimité doit être respectée. Lorsqu'apparaissent de nouveaux besoins en soins d'hygiène, les personnes qui reçoivent le soin n'y sont pas forcément habitués et cette hypothèse questionne les changements que cela peut provoquer dans la relation éducative.

Par rapport à la relation éducative, Laurent dit : « Peut-être au début oui, c'est quand même un peu particulier. Après, c'est aussi pour eux, faudrait interroger les résidents. Ça dépend la relation qu'ils ont avec le travailleur social, si ça fait des années qu'ils connaissent et qu'ils ne se sont jamais retrouvés dans cette situation, nu devant l'autre, c'est... c'est compliqué. »

Pour garder cette distance éducative qu'il estime délicate durant les soins, Pascal proposerait simplement de mettre une blouse. Non pas pour nous faire passer pour des infirmiers mais pour ritualiser ce moment et pour faire comprendre que, à cet instant précis, ce n'est pas l'éducateur qui est là mais le soignant. Il explique que le fait d'être habillé en civil dans toutes les situations peut créer des confusions pour les personnes qui reçoivent le soin car c'est la même personne qui ensuite va faire d'autres actes éducatifs avec eux.

Sarah relève une problématique secondaire à cela, disant que si elle devait s'occuper, comme elle le faisait avant, de personnes avec un handicap mental lourd, cela ne lui posait aucun problème car cela faisait partie de son travail. Avec la population dont elle s'occupe actuellement qui souffre d'un trouble psychique, elle dit que la distance éducative est différente et que les soins devraient être faits par des personnes extérieures ou dont c'est le métier afin de ne pas créer de confusions.

### 5.3.3. RÉACTION DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES ET DES PROFESSIONNELS

Avec les enjeux relationnels et le manque de formation des accompagnants, les personnes qui reçoivent et donnent les soins ne sont pas forcément à l'aise dans ces moments qui demandent justement une grande confiance.

Pour les personnes vieillissantes, qui n'avaient jamais eu besoin de compter sur un accompagnement quelconque dans leur hygiène auparavant, cela peut induire à la fois de la pudeur et de la honte. C'est là que la confiance construite par une relation éducative saine devient primordiale. Les professionnels interrogés ont confirmé avoir observé au début que les personnes étaient mal à l'aise et pudiques mais tous ont également précisé qu'avec un bon accompagnement et beaucoup de communication et de respect, la gêne finissait par se dissiper.

Sophie, qui est la seule à avoir reçu une formation « pratique » en soins, est également la seule à se dire « à l'aise » à effectuer ces soins. Elle est pourtant également d'avis que l'institution dans laquelle elle travaille est une institution sociale, non médico-sociale. Si cela devait être le cas, cela ne poserait pas de problèmes à condition que l'institution se réorganise puisque comme elle le dit : « On ne peut pas être au four et au moulin. »

Pour que les deux parties soient plus à l'aise durant ces moments, tous préconisent une communication abondante et respectueuse. Les accompagnants verbalisent chaque geste, chaque intention et encourage la personne qui reçoit le soin à communiquer ses peurs et limites afin de créer un environnement de confiance.

Sans le mentionner directement, tous ont abordé une approche semblable à la notion d'humanité. Riveccio (2021) explique que l'humanité est une approche de soin aux

personnes vieillissantes basée sur la relation. La personne soignée est considérée comme capable de discernement et de verbaliser ses besoins :

« L'attention, l'écoute, l'émotion, sont des valeurs fondamentales dans la rencontre du soignant avec la personne âgée. Peu importe le temps, le soignant doit s'adapter à chaque patient, l'aider à faire face à ses défaillances, à maximiser leur bien-être, à les accompagner. Il s'agit de réhabiliter les personnes âgées dans ce qu'elles possèdent de typiquement humain, à favoriser leur estime de soi. » (Riveccio, 2021).

#### 5.3.4. BILAN ET PISTES D'ACTION

Tous ont confirmé l'augmentation de la charge de soins et aucun n'a reçu de formation à ce sujet durant leurs études. Le seul moyen d'apprendre cela est de travailler dans une structure qui effectue déjà des soins et apprendre sur le terrain. Pour y remédier, suivre des formations permettrait aux éducateurs de se sentir plus en confiance.

La plupart estiment que cela peut engendrer un changement dans la relation éducative mais que si ce moment d'intimité est amené comme un moment d'échange privilégié, cela peut très bien se passer. La communication et le respect des limites de chacun est primordiale.

Passé les premières fois qui peuvent être délicates, il a peu été observé que les personnes qui reçoivent le soin sont mal à l'aise dans cette situation. Les accompagnants, eux, ont à cœur de bien faire et avec le manque d'expérience et de formation dans le milieu, cela peut créer un malaise. Communiquer ses doutes et son envie de bien faire est un bon moyen de passer par-dessus cette gêne.

Tous questionnent le cahier des charges et surtout, les limites du métier d'éducateur. Ils savent que les soins d'hygiène de base font partie intégrante de leur métier mais les limites des soins ne sont pas toujours bien définies et les compétences des accompagnants varient selon leur parcours professionnel. La collaboration avec le réseau est primordiale pour un bon suivi.

#### 5.4. BILAN DE L'ANALYSE

Pour rappel, la question de recherche était la suivante :

Comment les ES adaptent-ils leur accompagnement face aux nouveaux enjeux qu'amène le vieillissement des personnes en situation de handicap intellectuel et/ou psychique accueillies dans les institutions sociales du Valais central ?

Les témoignages des professionnels interrogés ont permis à la fois d'avoir une meilleure compréhension de la situation dans les institutions valaisannes qui accueillent des personnes en situation de handicap vieillissantes et de ressortir quelques pistes d'action intéressantes pour répondre aux nouveaux défis qui apparaissent avec cette problématique. Les pistes d'action les plus intéressantes à relever sont :

- Les moyens auxiliaires
- La collaboration avec du personnel médical
- Les formations (soins, vieillissement)
- L'adaptation des rythmes de vie et des activités
- Les projets éducatifs basés sur le maintien des acquis
- La communication ouverte et honnête lors des soins

## 6. CONCLUSION

Maintenant que l'analyse des réponses des entretiens a permis une vue d'ensemble de la situation et mis en évidence des pistes d'action, cette partie du travail questionnera les limites de cette recherche, son intérêt pour le milieu professionnel, les apprentissages effectués et les nouveaux questionnements qui ont émergé.

### 6.1. LIMITES DE LA RECHERCHE

Une des limites de cette recherche est son ampleur. A la fois limitée par le temps et par la taille de ce travail des choix ont dû être faits. Premièrement, la population visée par cette recherche est plutôt restreinte. Le choix de ne s'intéresser qu'aux personnes vieillissantes vivant une situation de handicap psychique et/ou intellectuel a restreint le champ d'action. Deuxièmement, le fait de limiter la recherche à des institutions du Valais central n'offre que peu de comparaison avec ce qui peut être fait ailleurs.

De plus, la recherche terrain s'est limitée à quatre professionnels. Un nombre plus important d'accompagnants aurait été plus pertinent pour avoir une meilleure vue d'ensemble et permettre de varier encore davantage les points de vue.

Une problématique qui est également ressortie régulièrement lors des entretiens est la difficulté à différencier les symptômes du vieillissement de ceux du handicap. Un exemple concret est celui de la tolérance au bruit dont parlait Dalla Piazza (2005) et qui a été observé régulièrement par les professionnels. En effet, avec le vieillissement, la tolérance au bruit s'amenuise avec les difficultés d'audition qui peuvent survenir, mais dans les institutions qui accueillent des personnes ayant un trouble psychique, l'intolérance au bruit peut également venir de leur trouble. Il est alors difficile de trouver l'origine du mal-être.

Finalement, comme le disait Zribi (2012), les handicaps et les vieillissements sont des thèmes extrêmement vastes et dépendent de tellement de facteurs individuels et environnementaux qu'il est impossible d'en faire une étude exhaustive.

C'est pourquoi, les résultats de cette étude sont à interpréter en gardant ces différentes limites à l'esprit et ne peuvent en aucun cas, être interprétés en dehors de ce contexte.

## 6.2.PERSPECTIVES POUR LE MILIEU PROFESSIONNEL

Les perspectives de cette étude pour le milieu professionnel sont nombreuses puisque c'est un thème d'actualité. Bien que cela fait des années que les premières réflexions sur ce thème ont émergé, c'est un sujet qui reste présent dans les discussions sur les problématiques actuelles et d'avenir dans les institutions.

D'autre part, tous les éducateurs avec qui j'ai eu l'occasion de discuter qui travaillent avec cette population m'ont partagé leurs questionnements et leur intérêt pour ce sujet.

J'ai également eu l'opportunité, en quelques occasions, de discuter avec des membres de la hiérarchie de différentes institutions qui m'ont aussi fait part de leur intérêt pour mon sujet et de sa pertinence dans le milieu.

Je pense qu'il est aussi important de souligner que les pistes d'action relevées par les professionnels lors des entretiens sont, pour la plupart, très concrètes peuvent être menées directement par les professionnels sur le terrain. Cela rend cette étude concrète et met l'accent

sur la responsabilité des accompagnants de s'adapter aux conditions actuelles et d'en tirer le meilleur pour pouvoir offrir un accompagnement digne et optimal.

### 6.3. APPRENTISSAGES

Bien que je travaille depuis sept ans dans ce domaine et avec cette population, ce travail m'a appris de nombreuses choses sur les vieillissements et leur impact sur les personnes que j'accompagne. De plus, les entretiens avec les professionnels ont été riches pour moi afin de voir, d'une part, que mes questionnements sont partagés par mes pairs et d'autre part, que des pistes d'action existent pour accompagner au mieux les personnes concernées.

#### 6.3.1. BILAN PERSONNEL

Ce travail représente pour moi la concrétisation de toute l'énergie que j'ai investie dans ce sujet depuis que je travaille dans le domaine. Durant ce processus, j'ai appris de nombreuses choses sur moi-même et sur mon fonctionnement.

Il y a maintenant sept ans, j'ai été confrontée à un échec lors de ma première expérience face à un travail de recherche. Sans entrer dans les détails, je peux avec le recul, proposer quelques pistes de compréhension sur ce qu'il s'était passé pour moi. Tout d'abord, le choix du thème n'avait pas été judicieux car bien qu'il fût intéressant, il n'était pas suffisamment précis et concret pour être travaillé dans ce contexte. J'étais également dans une période de ma vie pleine de changements et de nouvelles perspectives de vie qui ont entravé l'implication nécessaire à un projet d'une telle ampleur. Le manque de confiance en mes capacités à l'époque a été un frein lors de la rédaction de mon premier travail et l'ampleur du travail me semblait alors insurmontable. Lorsque je ne parvenais pas à avancer, je culpabilisais beaucoup et cela ne m'aidait pas à trouver la force de m'y remettre.

Ces dernières années, l'expérience personnelle et professionnelle acquise m'a permis de trouver le courage de retenter ma chance. Avec le temps, j'ai appris à mieux connaître mon fonctionnement et ma manière de travailler. J'ai réalisé que j'avais besoin de trouver du sens et de l'intérêt à ce que j'entreprends pour m'y engager entièrement. De plus, accepter mon rythme de travail a été un défi car il peut varier énormément. Je peux parfois écrire une seule ligne en un mois puis dix pages en deux jours. J'ai appris à ne pas forcer les choses et à me

faire confiance. J'ai également appris que j'ai de l'intérêt pour la recherche et je me suis surprise à prendre du plaisir en écrivant ce travail.

#### 6.3.2. BILAN PROFESSIONNEL

Comme l'inspiration de ce sujet découle directement de ma pratique, j'ai aisément pu observer et rendre concrets les sujets abordés dans la partie théorique de ce travail. De plus, les résultats des entretiens et les pistes d'action ressorties me semblent applicables dans ma pratique et je me réjouis de pouvoir les partager avec mes collègues. Nous avons déjà pu discuter de certaines choses en équipe et commencer à mettre en place quelques pistes qui nous semblaient intéressantes.

Cela m'a également permis de réaliser que je m'étais éloignée de la recherche durant mes années de pratique et qu'il est important d'y revenir pour permettre une meilleure compréhension des situations, pas uniquement concernant le vieillissement mais de manière globale.

#### 6.4. NOUVEAUX QUESTIONNEMENTS

À la suite de ce travail, de nouveaux questionnements en lien avec cette thématique ont émergé. Tout d'abord, je pense qu'il serait intéressant de questionner la place d'une formation en soins de base dans le cursus HES. En effet, nous apprenons à avoir une posture professionnelle, à collaborer, à questionner le sens de l'action, à remettre en question notre pratique, à comprendre les enjeux auxquels sont confrontées les personnes que nous allons accompagner, etc. Nous apprenons également des outils que nous pouvons utiliser dans notre accompagnement. Tout cela est nécessaire à la préparation de ce métier. Toutefois, sur le terrain, nous sommes parfois confrontés, comme démontré dans les résultats des entretiens, à des manques dans nos compétences et nos connaissances. Beaucoup diront que ce n'est pas le rôle d'un éducateur mais celui d'un ASE par exemple, mais dans la pratique, force est de constater que ce n'est pas toujours possible et que les éducateurs doivent également savoir le faire.

Un autre questionnement est celui du placement des personnes en situation de handicap vieillissantes. Ce point a déjà été abordé brièvement dans ce travail mais la question subsiste. Nous pouvons, dans la mesure du possible, adapter nos structures, notre accompagnement,

notre posture à cette problématique. Je me demande toutefois si une structure spécialisée, semblable à un EMS mais centrée sur l'accompagnement de personnes en situation de handicap vieillissantes ne serait pas plus adéquate. Un lieu où collaboreraient du personnel médical et social, avec des professionnels formés dans ce domaine et permettant une prise en charge plus complète et plus adaptée aux besoins de ces personnes serait-il envisageable ?

Pour finir, la notion d'humanité m'a beaucoup questionnée. Je n'ai appris l'existence de cette notion que très tard dans mon travail alors qu'il semblerait qu'elle soit au cœur de la réflexion dans l'accompagnement des personnes vieillissantes. Bien qu'elle vienne à l'origine du monde des soins, elle pourrait, selon moi, aisément être appliquée dans le domaine du travail social et serait un atout non négligeable dans l'accompagnement de ces personnes.

## 6.5. CONCLUSION

Ce travail de Bachelor m'a confrontée à de nombreux défis. Le chemin a été long et a mis en évidence des points sur lesquels je souhaite encore travailler. Tout d'abord, ce travail m'a demandé de faire face à mes peurs, de gérer mes angoisses face à l'échec et d'effectuer un travail d'introspection pour apprendre à connaître mon fonctionnement. Ensuite, le respect de la taille du travail a été difficile puisque j'ai souvent dû me contenir pour ne pas écrire davantage, en particulier dans la partie théorique.

Une des plus grandes difficultés a été de trouver la motivation et le temps pour écrire puisque je travaille comme éducatrice et que je fais également une formation pratique. Cela m'a demandé à la fois de la discipline mais également d'être à l'écoute de mes besoins pour ne pas m'épuiser.

Le désir de me prouver à moi-même que j'étais capable de me dépasser pour arriver enfin au bout de ce travail qui me faisait tant peur a toutefois été plus fort que tout le reste et j'ai finalement apprécié cet exercice. Je suis fière de mon parcours et de ce travail, à travers lequel j'espère avoir montré la passion que j'ai pour mon métier et mon désir de toujours mettre le bien-être des personnes que j'accompagne au centre de mon action.

Je remercie les personnes qui ont pris le temps de lire mon travail et espère qu'elles auront apprécié de le lire autant que j'ai aimé l'écrire.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5, critères diagnostiques*. Elsevier Masson.
- Assemblée Fédérale de la Confédération Suisse, art. 2. (2020, Juillet 1). *Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées. (LHand)*. Consulté le Novembre 14, 2023, sur Confédération Suisse: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2003/667/fr>
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2016). *Psychopathologie. Une approche intégrative*. (éd. 3e). De Boeck Supérieur.
- Bedoin, D., & Scelles, R. (2015). *S'exprimer et se faire comprendre. Entretiens en situation de handicap*. Erès.
- Bénarosch, J. (2020, Janvier). Vieillesse et handicap psychique, avant-propos. *Pratiques en santé mentale*, pp. 3-4.
- Blondel, F., & Delzescaux, S. (2014, Mars/Avril). Vieillesse des personnes multihandicapées. De nouveaux enjeux sociaux et organisationnels. *Les Cahiers de l'Actif*.(454-455), pp. 43-62.
- Breitenbach, N. (1999). *Une saison de plus : handicap mental et vieillissements*. Desclée de Brouwer.
- Buntinx, W., Christine, C., Colleaux, L., Courbois, Y., Debanné, M., Desportes, V., . . . Plaisance, E. (2016). *Déficiences intellectuelles*. Inserm : Editions EDP Sciences.
- Corond, M. (2017). Comment accompagner ? Dans B. Valérie, *L'accompagnement social et éducatif. Quelles modalités pour quelles finalités ?* (pp. 27-32). L'Harmattan.
- Dalla Piazza, S. (2005). *Handicap congénital et vieillissement*. De Boeck & Larcier s.a.

- de Thibault, T., & Populaire, D. (2012). Notion de retraite et projet pédagogique adapté. Dans G. Zribi, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales* (pp. 77-95). Presses de l'EHESP.
- Dehelle, A., Frelin, F., & Richard, M.-J. (2020, Janvier). Vieillir lorsqu'on est en situation de handicap psychique. *Pratiques en santé mentale. Vieillesse et handicap psychique.*, pp. 25-29.
- Delporte, M. (2020, Janvier). Soutenir l'expérience du vieillissement. *Pratiques en santé mentale. Vieillesse et handicap psychique.*, pp. 35-39.
- Des Portes, V., & Héron, D. (2020). Troubles du développement intellectuel. *Revue contraste*.(51), pp. 91-117.
- Dréano, G. (2015). *Guide de l'éducation spécialisée*. (éd. 5e). Malakoff: Dunod.
- FECPA. (2019-23). *L'Ermitage, home médicalisé*. Consulté le Novembre 15, 2023, sur Fondation des Etablissements Cantonaux pour Personnes Agées: <https://l'ermitage.fecpa.ch/l-ermitage/l-institution>
- HES-SO. (2020). *Plan d'études cadre 2020 Bachelor of Arts HES-SO 20-hevs.ch*. Consulté le Novembre 27, 2023, sur hevs.ch: <https://www.hevs.ch/media/document/3/pec2020-ba-travail-social-fr.pdf>
- Iglésias, N. (2020, Janvier). Quelle place pour l'adulte handicapé vieillissant ? *Pratiques en santé mentale, vieillesse et handicap psychique*, pp. 15-17.
- Jovelet, G., & Hanon, C. (2020, Janvier). Perspectives cliniques et institutionnelles. *Pratiques en santé mentale*, pp. 9-10.
- Miroló, S. (2017). *Le métier d'éducateur spécialisé. Entre engagement personnel et engagement professionnel*. L'Harmattan.
- OMS. (2000). *CIM-10/ICD-10 Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*. Masson.

- OMS. (2022, Juin 8). *Troubles mentaux*. Consulté le Novembre 12, 2023, sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Richoz, M. (2007). Les cadres politique et législatif comme dimensions environnementales. Dans J. Borioli, & R. Laub, *Handicap : de la différence à la singularité. Enjeux au quotidien*. (pp. 71-82). Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène.
- Riveccio, P. (2021, avril 16). *Passeport Santé*. Consulté le juin 4, 2024, sur Humanitude, définition et formation à cette méthode: <https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=humanitude-definition-formation-cette-methode>
- Rouzel, J. (2022). *Le travail d'éducateur spécialisé. Ethique et pratique*. (éd. 5e). Dunod.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (éd. 5e). Dunod.
- Vesin, J.-P. (2022). *Accompagner des adultes en situation de handicap mental. Je suis adulte !* Chronique sociale.
- Zribi, G. (2012). *Le vieillissement des personnes handicapées mentales* (éd. 3e). Presses de l'EHESP.
- Zribi, G. (2014, Mars-Avril). Projets et réponses au vieillissement des personnes handicapées. *Les Cahiers de l'Actif*.(454-455), pp. 63-71.

## ILLUSTRATIONS

Flaticon. Consulté le juin 13, 2024, sur [Vector Icons and Stickers - PNG, SVG, EPS, PSD and CSS \(flaticon.com\)](https://www.flaticon.com).

## 8. ANNEXES

## 8.1.ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

Hypothèses	Objectifs	Questions principales	Questions de relance	Indicateurs, check list
Phase d' introduction	Introduction, clarté du thème	Présentation du thème général et rapide présentation des chapitres de ce questionnaire		
		Précision sur le terme « vieillissement en tant que processus »		
	Informations personnelles et compréhension du parcours professionnel	Peux-tu m'expliquer ton parcours professionnel en quelques mots ?		
		Qu'est-ce qui te plaît particulièrement dans l'accompagnement des personnes adultes en situation de handicap en institution ?		
Limites structures institutionnelles	Avis général sur le thème, la personne a-t-elle observé le changement ?	As-tu le sentiment que l'accompagnement a changé ces dernières années ?	Pourquoi penses-tu que c'est le cas ?  As-tu observé un vieillissement des personnes accueillies ?	Le vieillissement a été observé <input type="checkbox"/>  Evolution <input type="checkbox"/>  Type de prise en charge <input type="checkbox"/>
	Les structures physiques des foyers sont-elles adaptées ?	Comment les espaces architecturaux sont-ils adaptés	As-tu des exemples précis ?  Les salles de bains sont-elles adaptées ?	Salles communes <input type="checkbox"/> Salles de bain <input type="checkbox"/>

		aux besoins de votre accompagnement ?	<p>Tout est accessible ? Utilisez-vous des moyens auxiliaires ?</p> <p>Les salles sont-elles bruyantes ? Les personnes peuvent-elle facilement trouver un endroit calme ?</p>	<p>Chambres <input type="checkbox"/></p> <p>Accessibilité <input type="checkbox"/></p> <p>Moyens auxiliaires <input type="checkbox"/></p> <p>Nourriture <input type="checkbox"/></p> <p>Sécurité <input type="checkbox"/></p> <p>Transports <input type="checkbox"/></p> <p>Bruit <input type="checkbox"/></p>
	Comment font-ils si ce n'est pas adapté ?	Comment adaptez-vous votre pratique pour pallier les éventuels manques structurels ?	<p>Lieu spécial pour les soins ?</p> <p>Ajout de moyens auxiliaires pour aider ?</p>	<p>Ajout de sièges dans les douches <input type="checkbox"/></p> <p>Restructuration des salles <input type="checkbox"/></p> <p>Moyens auxiliaires <input type="checkbox"/></p>
	Y a-t-il suffisamment d'éducs ?	Comment est répartie la charge de travail ?	Comment est-elle adaptée par rapport au nombre d'accompagnants ?	<p>Personnel en suffisance ? <input type="checkbox"/></p> <p>Charge de travail en augmentation ? <input type="checkbox"/></p>
	Savoirs et connaissances sur le thème du vieillissement	Comment penses-tu que tu pourrais approfondir tes connaissances dans le domaine du vieillissement des personnes accompagnées ?	As-tu déjà ressenti l'envie / le besoin de te former davantage dans ce domaine ?	<p>Formation continue ? <input type="checkbox"/></p> <p>Terrain <input type="checkbox"/></p>
	Collaboration avec personnel médical	Comment envisages-tu une collaboration avec du personnel médical ?	As-tu déjà fait l'expérience d'une telle collaboration ?	<p>Souhait de personnel médical <input type="checkbox"/></p> <p>Appréhension de la collaboration <input type="checkbox"/></p>

				Besoins ? <input type="checkbox"/>
Adaptation organisation du travail → besoins	Animations	Quels types d'activités/ animations sont mises en place ?	Sont-ils preneurs ?	Types d'activités variées <input type="checkbox"/> Rythme variés <input type="checkbox"/>
	Adaptation aux rythmes	Comment adaptez-vous les activités aux différents rythmes des personnes accueillies ?	Avez-vous des difficultés à trouver des activités qui conviennent au groupe ?	Adaptation des activités <input type="checkbox"/> Difficultés <input type="checkbox"/>
	Projets éducatifs Toujours pertinent ?	Comment adaptes-tu les projets éducatifs aux pertes d'autonomie et de capacités des personnes accompagnées ?	Fais-tu régulièrement des projets type : maintien des acquis ?  T'arrive-t-il de mettre en place des projets « alibis » ?  Si oui, est-ce dû au handicap ou au vieillissement ?	Adaptation ? <input type="checkbox"/>  Projets alibis ? <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie <input type="checkbox"/> Maintien des acquis ? <input type="checkbox"/>  Causes <input type="checkbox"/>
	Gestion du quotidien	Comment gérez-vous les tâches communes ?	Comment sont-elles adaptées aux personnes vieillissantes ?	Participation aux tâches <input type="checkbox"/>  Capacités des personnes <input type="checkbox"/>

	Gestion globale de la diversité	Comment vous adaptez vous à la diversité de la population accueillie ?	Devez-vous adapter le rythme, les projets, les activités à la diversité des personnes accueillies ?  Vous arrive-t-il de séparer le groupe en plusieurs sous-groupes ?  Comment gérez-vous les repas ? (horaires, nombre de personnes dans la salle, bruit, tensions)	Population diverse <input type="checkbox"/> Difficulté d'adapter <input type="checkbox"/> Séparation par « niveau » <input type="checkbox"/> Repas ? <input type="checkbox"/> Stades de vieillissement <input type="checkbox"/>
Relation éducative et augmentation des soins	Part des soins, en augmentation ?	Quelle est la part de soin d'hygiène de base dans ton travail ?	Cela a-t-il toujours été le cas ?	Grande quantité de soins ? <input type="checkbox"/> En augmentation ? <input type="checkbox"/>
	Formation préalable ?	Quelle formation as-tu reçue pour effectuer ces soins ?	Était-ce dans ta formation de base ?	Sur le terrain ? <input type="checkbox"/> Formations continues ? <input type="checkbox"/> Aucune ? <input type="checkbox"/>
	Formation désirée	Ressens-tu le besoin de suivre une (nouvelle) formation dans ce domaine ?		Souhait ? <input type="checkbox"/> Besoin ? <input type="checkbox"/> Nécessité ? <input type="checkbox"/>
	Intimité, relation éducative	Comment t'adaptes-tu à cette intimité nouvelle ?	As-tu l'impression que cela a provoqué un changement dans la relation éducative ?	Y a-t-il un changement dans l'intimité <input type="checkbox"/> Proximité <input type="checkbox"/> Pudeur <input type="checkbox"/>

				Relation éducative <input type="checkbox"/>
				Sécurité ? <input type="checkbox"/>
	Réaction des personnes accueillies	Comment les personnes accompagnées réagissent-elles ?	As-tu des exemples ?	Réaction positive, neutre, négative <input type="checkbox"/> Globale ou dépend des personnes <input type="checkbox"/>
Réaction des professionnels	Ressens-tu des limites personnelles dans les actes de soin ?	Es-tu à l'aise pour les effectuer ?  As-tu déjà songé à changer de domaine pour éviter cela ?	Facilité <input type="checkbox"/>  Aise <input type="checkbox"/>  Difficulté <input type="checkbox"/>	

## 8.2. ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Formulaire de consentement****Vieillesse des personnes en situation de handicap dans les foyers d'hébergement : impact sur les pratiques****Module Travail de Bachelor**

Bétrisey Xénia

Sous la Direction de Solioz Emmanuel

Haute École et École Supérieure de Travail Social  
Rue de la Plaine 2  
3960 SierreContact : xenia.betrisey@students.hevs.ch

Par ma signature, j'accepte de participer à un entretien dans le cadre de la réalisation du Travail de Bachelor susmentionné, notamment :

- Je suis informé-e que ce travail est réalisé selon les prescriptions de la Loi fédérale sur la protection des données (nLPD) et s'appuie sur le Code d'éthique de la recherche en Travail Social.
- J'accepte que l'entretien soit enregistré, que cet enregistrement soit conservé le temps de la réalisation du Travail de Bachelor en un lieu sécurisé et détruit ensuite.
- Je donne mon accord pour que ces données soient traitées de manière anonyme pour la réalisation du Travail de Bachelor.
- Je comprends que je peux demander la suppression des données et de ma participation à tout moment.
- Je confirme savoir à qui je peux m'adresser en cas de questions ou renseignements complémentaires
- Je confirme que ma participation est volontaire

Lieu, date &amp; Signature :

---

Par ma signature, je confirme avoir informé la personne interviewée sur l'exploitation des données de l'entretien conformément à la Loi fédérale sur la protection des données et le Code d'éthique de la recherche en Travail Social.

Lieu, date &amp; Signature :

---