

# Dignité des personnes âgées en institution : regards de professionnel-le-s

Comment les contraintes institutionnelles impactent-elles le sentiment de dignité des personnes âgées en institution ?



Travail de Bachelor  
effectué dans le cadre de la formation Bachelor of Arts en travail social  
à la Haute école de travail social de Genève

**Christel MEUNIER - FTP20 - orientation animation socioculturelle**  
**Pascal ROSSI - PT21 - orientation éducation sociale**

Sous la direction de **Céline HEINI**

Genève, 22 mai 2024

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leurs auteur-e-s

Illustration de la page d'en-tête : création et montage par Cristel et Pascal, à partir d'images libres de droits.

## Résumé

Dans le contexte sociopolitique actuel, la dignité humaine est au cœur des préoccupations. Comment ce droit fondamental est-il pris en compte de manière effective dans le cadre institutionnel de plus en plus contraignant des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et en situation de vulnérabilité ?

Pour notre travail de Bachelor, nous nous sommes donc posé la question de savoir « Comment les contraintes institutionnelles impactent-elles le sentiment de dignité des personnes âgées en institution ? ».

Nous avons choisi de nous pencher sur la conception relationnelle de la dignité et sur l'éthique du *care* pour nous aider à répondre à nos questionnements. Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons mené des entretiens auprès de professionnel-le-s issu-e-s de l'animation et du soin exerçant leur métier dans des institutions accueillant des personnes âgées.

A l'issue de ces entretiens qualitatifs, plusieurs contraintes institutionnelles ont émergé ainsi que diverses pistes susceptibles d'améliorer la perception de la dignité des personnes accompagnées, la plus marquante étant celle de positionner les résident-e-s au centre du processus d'accompagnement.

Notre travail de recherche pourrait apporter une aide aux accompagnant-e-s en montrant combien le sentiment de dignité est une valeur fondamentale pour le bien-être des personnes âgées vivant en institution et un véritable enjeu d'accompagnement.

## Remerciements

Tout d'abord, nous souhaitons remercier vivement Céline Heini, notre directrice de Bachelor, pour son soutien, ses conseils, sa patience, ses riches retours ainsi que pour sa confiance.

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont participé à nos enquêtes, qui nous ont donné leur temps et leur confiance. Nous remercions également La Direction des établissements qui nous a accueilli-e-s.

Je souhaiterais quant à moi témoigner ma profonde reconnaissance aux professeurs du module « Pensée critique ». Monsieur Dominique Froidevaux pour le cours sur la dignité et Monsieur Simone Romagnoli, pour le cours sur l'éthique. Leurs cours inspirants m'ont permis de découvrir plus en profondeur et avec un très vif intérêt ces thématiques. Leurs apports m'ont été d'un grand soutien pour ce travail de Bachelor.

Je souhaiterais également remercier Pierre pour sa patience et son soutien ainsi que pour m'avoir encouragée à m'aménager un espace confortable, tant spatial que temporel pour la rédaction de ce Bachelor.

Enfin, je remercie Pascal de nous avoir permis d'aller au bout de ce travail, ensemble, malgré les circonstances. J'admire sa force, sa persévérance, son courage.

Cristel

Pour ma part, je souhaite exprimer ma sincère gratitude au Directeur de la HETS, aux Responsables de la filière Bachelor, au Responsable de la coordination de l'enseignement, à la Conseillère aux études, à la Responsable du CEFOC, à tous-tes les Professeur-e-s, Maîtres d'enseignement ou Chargé-e-s de cours, particulièrement à Madame Sophie Guadagnini et à Madame Sylvie Mezzena, à tous-tes les étudiant-e-s, à tous-tes mes collègues qui, d'une manière ou d'une autre et toujours avec bienveillance, m'ont apporté leur soutien depuis le grave accident dont j'ai été victime fin octobre 2023. Je remercie vivement mon épouse et nos enfants pour leur inconditionnel soutien.

J'adresse par ailleurs ma profonde reconnaissance à ma binôme Cristel pour tout son travail, sa disponibilité et sa patience lors de cette étape de vie. Ce travail de Bachelor a décidément été jalonné de belles rencontres.

Pascal

## Table des matières

Résumé .....	2
Remerciements .....	3
Table des matières .....	4
Acronymes et abréviations .....	6
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
1.1 Intentions de recherche .....	7
1.2 Motivations .....	7
1.2.1 Motivations personnelles .....	8
1.2.2 Motivations professionnelles .....	9
<b>2. PROBLÉMATISATION.....</b>	<b>11</b>
2.1 Thématique de recherche .....	11
2.2 Objectifs et questions de recherche.....	13
2.2.1 Objectifs .....	13
2.2.2 Questions de recherche .....	13
2.3 Principales hypothèses.....	14
<b>3. OUTILS THÉORIQUES ET CONCEPTS .....</b>	<b>15</b>
3.1 Choix des définitions.....	15
3.2 La dignité .....	16
3.2.1 Des conceptions différentes .....	16
3.2.2 Dignité et capacités .....	17
3.2.3 La dignité : un droit et un devoir .....	18
3.3 Le care et l'éthique du care .....	18
3.4 La vulnérabilité.....	20
3.5 La maltraitance .....	22
3.6 Les contraintes institutionnelles.....	22
<b>4. MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>23</b>
4.1 Recherches bibliographiques .....	24
4.2 Choix du terrain.....	24
4.3 Méthodes de recherche.....	26
4.3.1 Entretiens qualitatifs .....	26
4.3.2 Démarches pour la réalisation des entretiens .....	27
4.3.3 Retranscription des entretiens .....	28
4.3.4 Journal de bord ou prises de notes .....	28
4.4 Méthodologie d'analyse .....	29
4.4.1 Codage des données.....	29
4.4.2 Organisation des codes .....	30

4.4.3	Analyses des données.....	30
4.4.4	Anonymisation des données .....	30
<b>4.5</b>	<b>Enjeux éthiques.....</b>	<b>31</b>
<b>5.</b>	<b>ANALYSE .....</b>	<b>33</b>
<b>5.1</b>	<b>Définition et conception de la dignité selon les professionnel-le-s .....</b>	<b>33</b>
5.1.1	Définir la dignité .....	33
5.1.2	Concevoir la dignité .....	35
<b>5.2</b>	<b>Préservation et atteinte à la dignité .....</b>	<b>38</b>
5.2.1	Pouvoir d'agir et autonomie .....	38
5.2.2	Liberté de choix et autodétermination .....	40
5.2.3	Attitude et comportement des professionnel-le-s.....	41
5.2.4	Savoir-faire et savoir-être des professionnel-le-s .....	41
<b>5.3</b>	<b>Les contraintes institutionnelles.....</b>	<b>44</b>
5.3.1	Le manque de personnel .....	45
5.3.2	Le manque de temps .....	46
5.3.3	Le manque de moyens financiers .....	47
5.3.4	Le manque de formation professionnelle .....	48
5.3.5	Le « carcan » de l'organisation institutionnelle .....	49
<b>5.4</b>	<b>Les pistes d'amélioration issues des entretiens .....</b>	<b>50</b>
5.4.1	Le-la résident-e au centre du processus .....	50
5.4.2	Les formations continues.....	52
5.4.3	La communication entre collègues et l'inter/pluridisciplinarité .....	53
5.4.4	Les ajustements nécessaires de l'institution .....	54
<b>5.5</b>	<b>Dignité des personnes âgées en institution. Qui en porte la responsabilité ?.....</b>	<b>54</b>
<b>5.6</b>	<b>Liens avec les hypothèses de départ .....</b>	<b>55</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>59</b>
<b>6.1</b>	<b>Synthèse .....</b>	<b>59</b>
<b>6.2</b>	<b>Apports et limites de notre travail de recherche.....</b>	<b>61</b>
<b>6.3</b>	<b>Apport pour le travail social et la posture professionnelle .....</b>	<b>63</b>
	Liste des références .....	65
	ANNEXES .....	68

## Acronymes et abréviations

AA :	Auxiliaire d'accompagnement
AES :	Accompagnant éducatif et social
AFP :	Attestation fédérale de formation professionnelle
AMB :	Ateliers de musicothérapie de Bourgogne
ASA :	Aide en soins et accompagnement
ASSC :	Assistant-e en soins et santé communautaire
CAS :	Certificate of advanced studies
CNCDH :	Commission nationale consultative des droits de l'Homme
DAS :	Diploma of advanced studies
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Fegems :	Fédération genevoise des structures d'accompagnement pour séniors
ICUS :	Infirmier-ère chef-fe d'unité de soins
OCE :	Office cantonal de l'emploi
OFS :	Office fédéral de la statistique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
UOG :	Université ouvrière de Genève

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Intentions de recherche

Comment les professionnel-le-s des institutions accueillant des personnes âgées, parviennent-ils à jongler avec tous les impératifs quotidiens incontournables afin de préserver le sentiment de dignité des résident-e-s ? Quelle est la place de cette valeur dans leur travail ?

En tant que travailleur et travailleuse sociale (ou futur-e), nous souhaitons savoir comment agir au mieux pour favoriser la préservation de la dignité des personnes accompagnées. Par le biais de cette recherche, nous avons alors souhaité saisir quels sont les leviers d'action possibles : doit-on argumenter en faveur de la formation des équipes ? Revoir l'organisation, assouplir les horaires ? Continuer à militer pour des moyens financiers et des ressources en personnel ? Militer pour la formation du personnel ? Nous désirions comprendre ce qui, aux yeux des professionnel-le-s, est le plus prégnant et peut-être le plus urgent... et réalisable.

Car si la dignité des personnes âgées en institution est pour nous une urgence et avant tout un droit fondamental mentionné dans l'article 7 de notre Constitution en ce sens que la personne doit être reconnue comme une personne dotée de volonté et non pas instrumentalisée par autrui ou avilie, nous espérons que cette étude nous apporte plus de matière pour pouvoir défendre les besoins des professionnel-le-s dans leur pratique auprès d'elles.

Nous espérons que cette recherche de terrain nous permette également de mettre en lumière une problématique qui n'est souvent révélée qu'au moment où elle atteint le degré de "maltraitance", mais qui, en réalité, nous semble être le fait "des petites choses" du quotidien.

## 1.2 Motivations

La dignité est une notion qui nous interpelle particulièrement, que cela soit sur le plan personnel ou professionnel. D'une part, parce que chaque personne en donne une définition différente selon sa sensibilité, son passé, son parcours de vie. D'autre part, parce que nous nous interrogeons sur le respect de cette dignité en institution, dans l'accompagnement des résident-e-s au quotidien.

En effet, notre expérience professionnelle et notre sensibilité nous ont amené-e-s à être témoin de scènes qui nous interpellent et nous questionnent.

## **1.2.1 Motivations personnelles**

### **1.2.1.1 Motivations personnelles de Cristel**

Travaillant auprès d'une population âgée depuis plus de 20 ans, j'ai à plusieurs reprises été témoin de situations à mes yeux alarmantes, choquantes et inconfortables d'un point de vue du respect de la dignité des personnes accompagnées. Un-e aide-soignant-e qui annonce haut et fort dans les couloirs que Madame Untelle a des selles jusqu'au cou. Une bénévole qui, en présence d'une résidente, me demande *à moi* sur un ton presque enfantin « quel âge elle a, la petite dame ? » Une personne âgée que l'on déplace sur son fauteuil sans l'avertir. Ou encore des professionnel-le-s qui parlent du ou de la résident-e en sa présence, sans l'intégrer dans la conversation ni tenir compte de sa présence. Il y a malheureusement bien d'autres situations de ce genre, mais les énumérer ici n'est pas l'objet de ce chapitre, et probablement que les professionnel-le-s rencontré-e-s en donneront d'autres exemples lors des entretiens. Ces situations peuvent être source d'humiliation, d'infantilisation, de déshumanisation de la personne accompagnée et ne correspondent en aucun cas à mes aspirations profondes, ni à ma conception d'un accompagnement de qualité. Cela me heurte même profondément. Pour moi la dignité n'est pas juste un droit inscrit dans un article d'une Déclaration universelle ou dans la Constitution. Elle n'est pas non plus juste une valeur notée dans une charte, ni un mot emprunté à la philosophie. Elle est pour moi un besoin essentiel qui se manifeste comme en un cri qui vient du plus profond de mon être et qui appelle au respect inconditionnel de la personne, de tout son être, de son histoire, de son identité. Ce besoin me renvoie à ma propre dignité en tant que membre de l'humanité. L'appel à la dignité me met en mouvement et me donne l'élan, d'une part, de travailler chaque jour auprès des personnes qui ont besoin de ce regard qui « accomplit » la dignité et, d'autre part, d'effectuer aujourd'hui ce travail de recherche.

### **1.2.1.2 Motivations personnelles de Pascal**

Ayant accueilli à notre domicile, pendant cinq ans, ma grand-mère souffrant de la maladie d'Alzheimer, la dignité m'a très vite questionné. En effet, devant la maladie qui gagnait du terrain, j'ai très vite été préoccupé à savoir comment je pouvais procéder pour sauvegarder sa dignité le plus longtemps possible.



Mais qu'entendais-je par dignité : était-ce le regard que je portais sur elle, mon propre ressenti... ou plutôt le sien... Est-ce que sa dignité était en corrélation avec son autonomie, sa capacité à faire des choix ? Plus ma grand-mère perdait son autonomie, plus je pensais qu'elle perdait sa dignité et cela me faisait mal pour elle : à cette époque j'associais inexorablement la perte d'autonomie à la perte de dignité. Cette période de ma vie a été profondément marquante en bousculant mes évidences, en m'apprenant à toujours repousser les limites, à trouver des solutions créatives, aidé de mon épouse et de nos enfants, pour donner du bonheur à ma grand-mère le plus longtemps possible en lui permettant d'être actrice au quotidien dans les activités qu'elle affectionnait particulièrement. C'est à cette période que j'ai découvert mes capacités d'accompagnement d'une personne en situation de grande dépendance. Je trouvais cette situation injuste, j'éprouvais une colère intérieure. J'ai aussi expérimenté le ressentiment dont parle Cynthia Fleury dans son intervention reprenant son ouvrage « Ci-gît l'amer » (2020). Je suis parvenu à dépasser ce stade au hasard de cette écoute où elle mentionne que « grâce à une posture de soin, une posture régulatrice, on peut dépasser le ressentiment ». Mais bien sûr je ne suis pas sorti indemne d'un tel accompagnement, de telles souffrances, avec l'issue d'un combat perdu inéluctablement. Cette expérience de vie m'a incité à suivre une reconversion professionnelle. Reconversion que j'ai entamée tout d'abord en obtenant le diplôme d'Accompagnant éducatif et social (AES) en France, suivi d'un stage de 420 heures dans un EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) puis d'un second stage de 420 heures auprès d'une institution genevoise active dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap. A l'issue de ces deux stages, je me suis senti conforté et profondément motivé à exercer auprès de personnes vulnérables pour les accompagner dans leur projet de vie. J'ai ensuite souhaité confirmer ma mutation de carrière en suivant la formation du Bachelor of Arts en travail social.

## **1.2.2 Motivations professionnelles**

### **1.2.2.1 Motivations professionnelles de Cristel**

La dignité des personnes âgées, que j'entends comme un profond respect de leur humanité, me porte et me guide depuis plusieurs années dans mes choix professionnels. Avoir pris la responsabilité d'un service d'animation a été pour moi l'occasion de devenir « garante », d'une certaine manière et dans la mesure du possible, du respect de cette dignité par les membres de mon équipe.

M'être dirigée vers la formation (de stagiaire, d'apprenti, puis au sein du dispositif d'auxiliaire d'accompagnement<sup>2</sup> (AA)) est pour moi l'occasion de transmettre des valeurs profondes autour de la dignité. Enfin, avoir rejoint le Conseil d'Ethique de la Fegems (Fédération genevoise des structures d'accueil pour seniors) me donne l'occasion de promouvoir ces valeurs et d'œuvrer, à mon humble niveau, dans le soutien aux professionnel-le-s pour développer un accompagnement de qualité que méritent nos aîné-e-s, consciente que j'ai encore beaucoup à découvrir et à apprendre dans le domaine de l'éthique.

Investie alors dans cette question de dignité humaine, souhaitant approfondir mes connaissances à ce sujet, en acquérir une meilleure compréhension pour être à même de la porter et de la transmettre de manière plus fine, plus juste, c'est donc tout à fait naturellement et avec une vive motivation que j'ai fait le choix de cette thématique pour mon travail de Bachelor.

### **1.2.2.2 Motivations professionnelles de Pascal**

Parallèlement à mes études en vue d'obtenir le Bachelor of Arts en travail social, j'occupe un poste d'aide-soignant et d'assistant socio-éducatif auprès de personnes en situation de handicap au sein d'une institution genevoise. Je souhaitais donc m'interroger sur la meilleure manière d'accompagner au quotidien ce public diminué physiquement et/ou mentalement, sur les bonnes pratiques, les postures adéquates à adopter afin de préserver et de conserver leur dignité à ces personnes vulnérables. Trop souvent j'ai été confronté à des situations qui m'ont interpellé dans la manière d'accompagner les résident-e-s, dans la place que prend l'habitude dans notre travail, l'oubli de l'Autre.

J'étais en effet questionné par les protocoles à appliquer, les rythmes quotidiens imposés, les horaires qui parfois impliquent de réveiller les résident-e-s avec une lumière qu'on allume parfois de manière abrupte le matin, les portes claquant dans les couloirs car on est pressé par le temps, l'intrusion d'une tierce personne lors d'une douche... toutes ces situations qui me semblaient porter atteinte à la dignité des personnes accompagnées et assimilables à des violences douces. Ces mêmes situations que l'on pourrait peut-être éviter avec une vision moins collective, plus individuelle, moins rythmée par les protocoles.

---

<sup>2</sup> Le dispositif d'auxiliaire d'accompagnement (AA) est une formation proposée par la Fegems pour des personnes en réinsertion professionnelle, provenant de l'Office Cantonal de l'Emploi ou de l'Hospice Général.

A ce sujet, je me suis également questionné sur les actes à réaliser : doivent-ils l'être en respectant absolument le protocole ? J'ai souvent pensé que ces protocoles normatifs ne tenaient pas assez compte de l'écart entre le prescrit et le réel : réel qui s'inscrit à mon avis bien plus volontiers dans l'entièreté du respect du sentiment de dignité.

A travers ce travail de Bachelor relatif au sentiment de dignité, j'ai espoir que ces multiples réflexions et recherches me guideront, me permettront d'être au plus près des résident-e-s quant au sentiment de dignité. En ce qui me concerne, réfléchir à cette question signifie déjà faire un pas en avant sur un sujet bien plus complexe qu'il n'y paraît.

### **1.2.2.3 Rencontre autour d'une motivation commune**

Nous avons eu la chance de nous rencontrer dans la même Communauté de Bachelor, tous deux passionné-e-s et militant-e-s pour le profond respect de la dignité des personnes que nous accompagnons professionnellement. Nous avons eu la même envie, tout d'abord comprendre ce qui se vit chez le ou la professionnel-le, comprendre comment est-ce que cette question de dignité est entendue, vécue. Qu'est ce qui fait qu'on puisse en arriver à un type de situations que l'on pourrait assimiler à des violences douces comme précédemment mentionné ? A-t-on conscience des répercussions sur le sentiment de dignité ou sur l'estime de soi des personnes accompagnées ? Nous nous interrogeons également sur la responsabilité de l'institution, ainsi que sur ses limites que nous nommerons ici « contraintes institutionnelles » dans la préservation du sentiment de dignité.

## **2. PROBLÉMATISATION**

### **2.1 Thématique de recherche**

Selon l'Office fédéral de la statistique [OFS] (2023), il y aura dans les années à venir de plus en plus de personnes âgées en raison de l'accroissement de l'espérance de vie, du faible taux de fécondité et de l'arrivée à la retraite des « baby-boomers ». Avec la politique de maintien à domicile déployée sur le canton de Genève notamment, les personnes âgées arrivent en institution de plus en plus âgées, fragilisées dans leur état de santé et avec des pathologies nouvelles. Elles nécessitent donc un accompagnement plus soutenu et personnalisé.

Les restrictions budgétaires, une charge administrative globale allant en augmentant, le personnel disposant de moins de temps à consacrer aux résident-e-s, sont susceptibles selon nous de péjorer la qualité des prestations d'accompagnement, notamment la préservation de la dignité des personnes accompagnées.

Or, la dignité de la personne humaine figure comme un droit dans l'article 7 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse : « La dignité humaine doit être respectée et protégée ». Elle est au cœur des débats juridiques et éthiques et elle apparaît dans les droits fondamentaux, les codes de déontologie ainsi que dans les chartes éthiques.

Au regard de l'organisation institutionnelle, des conditions de travail du personnel d'accompagnement, des questions de budget, l'accès à ce droit peut être remis en question. De nombreux récits, témoignages ou recherches (Bauer, 2005 ; Moguen-Boudet et al., 2003 ; Pellissier, 2021) attestent, voire déplorent, que si la dignité des personnes âgées est un droit fondamental, elle n'est pas toujours préservée pour diverses raisons que nous tenterons de mettre en lumière.

Cette recherche permet d'aller à la rencontre de professionnel-le-s œuvrant auprès de personnes âgées en institution et de mesurer tous les défis qu'ils et elles doivent mener à bien au quotidien tout en préservant leur humanité telle une qualité intrinsèque qui leur permet de positionner la dignité des résident-e-s comme une valeur incontournable et un véritable enjeu d'accompagnement.

Selon Sylvie Mesure (2017), la dignité est une question de société. Elle se pose dans le débat public et dans le travail social. C'est un réel enjeu.

La problématique liée aux contraintes institutionnelles influençant le sentiment de dignité des personnes âgées réside dans la tension entre les impératifs budgétaires et organisationnels et les besoins individuels. Comment concilier les contraintes opérationnelles des institutions avec le respect de l'autonomie, de la participation et de la personnalité des personnes âgées afin de préserver et promouvoir leur dignité dans le cadre de l'accompagnement ?

## 2.2 Objectifs et questions de recherche

### 2.2.1 Objectifs

Le but de ce travail est de comprendre comment la question du sentiment de dignité des personnes âgées est perçue par les professionnels-le-s, dans un contexte institutionnel « contraignant », c'est-à-dire pourvu de diverses limites ou contraintes liées à sa condition/statut de lieu de vie collectif et à son organisation institutionnelle pouvant entraîner des répercussions sur la dignité des personnes âgées.

Nous déclinons alors ci-dessous, les objectifs visés à travers cette recherche.

Nous aimerions tout d'abord **saisir comment les professionnel-le-s conçoivent la notion de dignité.**

Notre souhait est ensuite **d'identifier les contraintes institutionnelles** qu'ils ou elles rencontrent et qui constituent des obstacles dans la préservation de la dignité des personnes accompagnées. Nous aimerions pouvoir identifier quels sont les éléments susceptibles de porter atteinte au sentiment de dignité des personnes âgées.

Nous désirons ensuite investiguer auprès des professionnel-le-s pour **comprendre quels pourraient être les impacts de ces conditions institutionnelles** (politiques, socio-économiques, liées à la gestion du personnel, aux moyens ou encore à la formation du personnel) **sur l'atteinte à la dignité.**

Nous souhaitons aussi **découvrir comment les professionnel-le-s agissent au quotidien avec ces contraintes**, quels sont les moyens ou les solutions mis en œuvre afin de préserver la dignité des personnes accompagnées.

Enfin, nous nous intéressons à la question de responsabilité. Nous aimerions **savoir si, dans la conception des professionnel-le-s, la responsabilité de préserver la dignité est portée par l'institution et/ou par les professionnel-le-s.**

### 2.2.2 Questions de recherche

Quand nous avons commencé à réfléchir à notre problématique, notre question de départ était la suivante : « Quel est l'impact des contraintes institutionnelles sur le sentiment de dignité des personnes âgées en institution. » Au départ, nous étions focalisé-e-s sur les impacts potentiels de certaines contraintes. Mais au fur et à mesure de notre recherche et de l'analyse, le centre d'intérêt de notre travail s'est déplacé. En effet, ce qui nous a interrogé-e-s d'avantage, c'est de comprendre :

- ***Comment les contraintes institutionnelles impactent-elles le sentiment de dignité des personnes âgées en institution ?***

Cette question devient alors notre principale question de recherche, et, en question secondaire, nous aimerions comprendre :

- ***Quelles sont ces contraintes ? Comment les professionnel-le-s composent-ils-elles avec ces contraintes pour préserver la dignité des personnes âgées ?***

## **2.3 Principales hypothèses**

Les hypothèses que nous formulons ici sont en partie renseignées par notre expérience professionnelle, par les lectures et la préparation de notre sujet.

Notre hypothèse principale est la suivante :

- ***Les contraintes institutionnelles impactent la qualité de l'accompagnement et, par conséquent, elles peuvent porter atteinte au sentiment de dignité des personnes âgées.***

Trois hypothèses en découlent :

Les deux premières sont liées au milieu institutionnel :

- ***Le manque de temps et de moyens à disposition a un impact considérable sur la qualité de l'accompagnement des résident-e-s.***
- ***Le déficit de formation à l'accompagnement des personnes est aussi un facteur très impactant.***

La troisième est liée à un aspect plus personnel et individuel :

- ***Les savoirs acquis par l'expérience et la formation permettent d'ajuster sa posture professionnelle afin d'agir de façon consciente et adéquate pour atténuer l'atteinte à la dignité.***

### 3. OUTILS THÉORIQUES ET CONCEPTS

#### 3.1 Choix des définitions

Afin de répondre à notre question de recherche, nous allons interroger les phénomènes sous l'angle de la conception relationnelle de la dignité et de l'éthique du *care*. Comme nous le verrons, ces deux approches se vivent dans la pratique.

Le *care* est d'ailleurs défini comme une « sagesse pratique », selon les propos du philosophe Paul Ricoeur cités par Agata Zielinski (2010, p. 633). En effet, selon cette dernière, le *care* « articule la vertu morale et l'activité : intelligence des situations particulières, réponse adéquate et adaptation au contexte » (2010, p. 633). Ces approches demandent alors des compétences que les professionnel-le-s développent en adoptant des approches centrées sur la personne. Cela peut inclure une attention à l'autre, une communication empathique, l'individualisation de l'accompagnement, la promotion de l'autonomie autant que possible et la sensibilisation des équipes à l'individualisation des soins. La formation continue et l'échange de compétences interdisciplinaires au sein des institutions contribuent également à créer des environnements respectueux et attentifs à la dignité des personnes âgées.

Le problème de ces approches est qu'elles nécessitent un environnement propice et le déploiement de moyens qui ne sont pas toujours disponibles. On sait pertinemment que les professionnel-le-s sont obligé-e-s de composer avec les contraintes institutionnelles et qu'ils ou elles sont amené-e-s à faire preuve de ruses et à mettre en place des stratégies pour préserver, dans la mesure du possible, le sentiment de dignité des personnes âgées.

Les outils et concepts théoriques que nous avons choisis d'employer comme angle d'analyse pour traiter notre question de recherche, sont donc la **conception relationnelle de la dignité et l'éthique du *care***.

Comme nous le verrons ci-dessous, ces deux approches sont intéressantes et nous semblent appropriées au regard de notre sujet. D'une part parce qu'elles touchent toutes deux à des aspects relationnels induisant un savoir-faire et un savoir-être en vue de la préservation de la dignité des personnes en situation de vulnérabilité. D'autre part car elles nous donneront un axe d'analyse pertinent pour la lecture des entretiens. En effet, ces approches nous permettront de mettre en lumière comment l'accompagnant-e - qui a le « souci des autres » (Molinier et al., 2021, p. 7) - s'y prend pour permettre à l'autre, malgré un contexte institutionnel limitant ou contraignant, de préserver sa dignité et pour que cette dernière « s'accomplisse et se réalise pleinement » (Fiat, 2008, p. 58).

Nous souhaitons tout d'abord définir les approches et les thèmes centraux de notre recherche, à savoir la dignité, le *care* et l'éthique du *care*. Nous désirons également définir des thématiques qui s'articulent autour de ces deux approches, notamment la vulnérabilité et la maltraitance. Enfin, il nous semble important de clarifier ce que nous entendons par *contraintes institutionnelles*.

## 3.2 La dignité

### 3.2.1 Des conceptions différentes

Il existe plusieurs définitions et conceptions de la dignité et il nous semble fondamental de clarifier ces différentes approches dès le départ. Cela nous servira de base à la compréhension de notre sujet et à l'analyse des propos des personnes interviewées. Nous verrons qu'une des conceptions de la dignité retiendra plus particulièrement notre attention.

Historiquement et étymologiquement, le terme « dignitas » renvoie à une dimension liée au mérite. « Être digne » met alors en évidence une **conception posturale** qui repose sur le statut, le rang. Au fil de l'histoire, le rang a été remplacé par d'autres critères, dont certains psychologiques, de comportement ou d'attitude, faisant apparaître « ceux qui savent se tenir, dignes de considération » (Vernet et al., 2016, p. 235) et ceux qui ne le savent pas ou qui ne le savent plus.

Selon la **conception ontologique**, développée notamment par le philosophe Kant, la dignité apparaît comme intrinsèque à tout être humain. Elle est le principe même d'humanité. C'est en ce sens que la dignité figure dans l'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948 « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ». Selon cette conception, « la dignité ne se perd pas, mais on peut avoir le sentiment de perdre sa dignité » (Merlier 2013, p.88).

La dignité ne va donc pas de soi et « puisque chacun se la construit : on peut la déconstruire » (Vernet et al., 2016, p. 235). Selon le philosophe Eric Fiat (2013), autrui joue un rôle fondamental dans l'accès à sa propre dignité, ce qui nous invite alors à aborder la **conception relationnelle ou interactionnelle** de la dignité.



Cette dernière conception retient alors toute notre attention pour le développement de notre travail de Bachelor car, comme le rappelle Fiat (2013) lors d'une conférence en reprenant les propos du philosophe Hegel, « si ma dignité n'est pas reconnue par les autres, elle n'existe pas pleinement ». Entre conception ontologique et relationnelle, l'individu moderne serait donc, comme le mentionne la sociologue Laetitia Lacôte (2022), à la fois « digne absolument et digne relativement » (p. 119). Cette dignité « relative », ce sentiment de dignité qui d'une certaine manière va dépendre de l'autre, nous invite à explorer alors les questions de reconnaissance, de regard et de responsabilité. A ce sujet Fiat (2008) précise que si la reconnaissance ne fait pas la dignité, en revanche, elle l'accomplit. Il reprend la conception ontologique de Kant, en précisant que « la dignité précède la reconnaissance » (p. 58) et il différencie alors la dignité « en puissance », celle qui est intrinsèque selon la conception ontologique et la dignité « en acte », celle qui peut être actualisée, réalisée, accomplie par le regard respectueux d'autrui.

### **3.2.2 Dignité et capacités**

Le *Dictionnaire de politique sociale suisse* (Muders & Baumann, 2020) relève qu'il est d'usage de définir que la personne humaine jouit de la dignité en fonction de certaines capacités telles que « la capacité de vivre, l'autodétermination, la rationalité et le respect de soi ». Ces capacités s'étendent également à l'autonomie, à la capacité de conduire sa vie, de faire ses propres choix. Il est intéressant de noter que, selon les courants philosophiques, cette définition est controversée. Nous pouvons en effet nous interroger ici en ce qui concerne les personnes qui ne possèdent pas - ou plus - cette capacité d'autodétermination, du moins qui ne peuvent plus l'exprimer à autrui. Qu'en est-il de la dignité d'une personne en fin de vie et ou plongée dans le coma, surtout si celui-ci est irréversible ? Qu'en est-il des personnes qui, en raison d'une maladie dégénérative ou d'un accident, ont perdu la capacité à exprimer leur volonté ?

Il en va alors de la manière d'interpréter les capacités, et de se mettre d'accord sur le fait que « toutes les personnes en vie entrent dans le champ de protection de la dignité humaine ». Il est intéressant de relever que les capacités « qui fondent la dignité humaine[,] apportent [alors] les premiers éléments d'appréciation de l'étendue de sa protection » (Muders & Baumann, 2020). C'est sur la base de cette réflexion que nous poursuivons notre définition.

### 3.2.3 La dignité : un droit et un devoir

Il est alors intéressant d'explorer comment certain-e-s sociologues abordent la question de la dignité. Si la conception ontologique pose la dignité comme un droit, alors « la collectivité a un devoir de préservation de la dignité de tout être humain, ... » (Bec, 2013, p. 38). La sociologue Colette Bec relève que, selon l'approche interactionnelle, la dignité implique alors une obligation de respect mutuel. Selon elle (2013), dans le champ du travail social, la dignité peut alors être un vecteur de dénonciation permettant de « dénoncer une situation économique et sociale dégradante pour l'individu au regard des droits de l'homme » (p.45). A ce propos, selon le *Dictionnaire de politique sociale suisse* (Muders & Baumann, 2020), la dignité joue un rôle central dans notre système juridique et dans le choix des moyens à mettre en œuvre par l'aide sociale.

Pour Sylvie Mesure (2017) et Laetitia Lacôte (2022), la dignité est un concept normatif. Tel un idéal à atteindre, ce dernier permet d'évaluer si les situations ou les actions sont conformes à certaines règles ou normes sociales. Traduisant une exigence, la dignité suscite une mobilisation et devient alors un objet pour justifier les luttes sociales et politiques pour le respect des droits humains. On y fait référence pour orienter l'action sociale, notamment dans le champ de l'action médico-sociale qui nous concerne ici et où le respect de la dignité est un principe central.

Nous retiendrons alors, pour notre sujet, la conception relationnelle de la dignité, en ce qu'elle exige un respect mutuel, une responsabilité envers autrui dans la préservation de sa dignité humaine, dans la protection de ses droits et de ses capacités. C'est donc sous cet angle et avec cette perspective théorique que nous traiterons notre question de départ.

## 3.3 Le care et l'éthique du care

Les théories ou philosophies dites du *care* se sont développées aux Etats-Unis, à partir des travaux de la psychologue Carol Gilligan, plus précisément de son ouvrage « *In a Different Voice* » paru en 1982 et traduit en français dans sa nouvelle édition sous le titre « une voix différente », la voix des femmes. Son étude a démontré que, face à une problématique engendrant une décision d'ordre moral, les femmes privilégient la valeur de la relation plutôt que des aspects d'ordre logique ou liés à des principes de justice ou à des droits.

Le terme *care* qui ne trouve pas son équivalent en français peut alors être défini comme la capacité à « prendre soin, donner de l'attention, manifester de la sollicitude » (Zielinski

2010, p.631). Il s'agit de se soucier d'autrui, notamment de la qualité du rapport que l'on entretient avec autrui, favorisant ainsi les relations et, par extension, le maintien de la société et du monde humain (Paperman 2010, Zielinski, 2010).

Si cette étude liée à l'expérience des femmes est initialement issue d'un mouvement féministe, elle a entraîné des répercussions dans des domaines plus larges, notamment celui de l'éthique contemporaine (Zielinski, 2010). Elle a donné naissance à l'éthique du *care* qui, divergeant ou s'opposant à la théorie de la justice, reconnaît la vulnérabilité de l'individu sensible, ressentant des émotions. L'individu interdépendant a besoin des autres pour satisfaire ses besoins et ne peut être alors totalement autonome. L'éthique du *care* place alors la préservation des relations au cœur de ses intérêts (Svandra, 2015).

C'est à partir de cette compréhension plus large du terme *care* et à partir de l'éthique du *care* que nous mènerons l'analyse de nos entretiens.

Cet axe d'analyse nous semble approprié par rapport à la population ciblée pour notre travail de Bachelor. Même si, selon l'éthique du *care*, la vulnérabilité est une caractéristique de toute vie humaine, les personnes âgées en institution nécessitent un accompagnement plus soutenu. Dans un article paru dans *Gérontologie et société*, la sociologue Patricia Paperman (2010) mentionne que « L'éthique du *care* affirme l'importance des soins et de l'attention portés aux autres, en particulier ceux dont la vie et le bien-être dépendent d'une attention particularisée, continue, quotidienne » (p. 54).

Il nous semble aussi important de nous pencher sur les comportements, les qualités de savoir-être développées par cette approche et qui favorisent la dignité ou le sentiment de dignité des personnes accompagnées. A ce propos, Agata Zielinski (2010) reprend entre autres, dans son article, les apports de la politologue et philosophe de l'éthique du *care*, Joan Tronto. Selon sa conception, le *care* est défini comme un soin mutuel qui requiert notre attention à l'autre, notre empathie « à partir de la conscience d'un soi vulnérable » (p. 636), notre sollicitude, notre capacité à percevoir les besoins d'autrui et d'assumer une responsabilité pour et envers autrui. Le *care* s'expérimente dans la pratique, dans la réciprocité de la relation et dans notre capacité à percevoir la réception par autrui et les effets de notre *prendre soin*. Selon le philosophe Paul Ricoeur, il s'agit d'une « sagesse pratique » qui articule la vertu morale et l'activité (Zielinski, 2010, p. 633).

Enfin, nous souhaiterions développer brièvement la question de la responsabilité. Selon l'article de Zielinski (2010), la responsabilité est définie comme une des grandes vertus

du *care*. Joan Tronto la distingue du devoir ou encore de l'obligation morale et oriente alors la responsabilité « vers une dimension sociale et politique » (p. 637). Le « *taking care of* », connu en français sous le terme de « prendre en charge », renvoie à l'idée d'assumer la responsabilité, par rapport à ce que l'on observe d'une situation.

Au regard des éléments ci-dessus mentionnés, l'éthique du *care* nous semble alors un axe d'analyse pertinent pour notre travail. Comme l'évoque Zielinski (2010), « le *care* doit offrir à l'autre les conditions d'éprouver sa dignité » (p. 368).

### 3.4 La vulnérabilité

Il nous paraît intéressant de pouvoir définir la vulnérabilité en l'articulant autour de la notion de dignité et de l'éthique du *care*.

La vulnérabilité peut être « ontologique » évoquant la fragilité de notre être biologique confronté à la maladie, à la mort. Elle peut être aussi « sociale », liée à divers facteurs subjectifs, sociaux, environnementaux. Dans son chapitre figurant dans un ouvrage collectif nommé « Accueillir la vulnérabilité », Nathalie Maillard, spécialiste en philosophie morale et éthique appliquée, ne fait pas cette distinction entre ontologique et sociale et préfère parler d'une vulnérabilité « anthropologique » qu'elle définit ainsi :

La vulnérabilité anthropologique désigne la fragilité constitutive de la vie humaine ; non seulement la fragilité du corps, mais la fragilité de l'équilibre psychique et émotionnel aussi bien que de l'identité personnelle et de l'estime de soi. Elle désigne aussi la fragilité des capacités qui entrent dans une définition minimale de ce qui fait d'une vie une vie humaine (Doat & Rizzerio, 2020, p. 35).

La sociologue Laetitia Lacôte (2002) reprend d'ailleurs ce rapport entre vulnérabilité, capacités et vie humaine (ou ici dignité) : « La vulnérabilité, caractérisée par une fragilité ou une absence de ressources, exposerait l'individu à une altération de sa « puissance d'agir »<sup>3</sup>, de sa confiance en ses capacités d'action, autrement dit l'empêcherait de faire l'expérience positive de sa dignité » (p. 113).

---

<sup>3</sup> L'autrice fait ici référence la puissance d'agir de Paul Ricoeur, qu'elle cite dans le texte.

Voyons maintenant quelques critères qui caractérisent l'être humain, en tant qu'être vulnérable. Selon Maillard (2020), les êtres humains sont vulnérables, premièrement parce qu'ils sont des êtres biologiques, corporels et temporels, soumis à la maladie, aux accidents de la vie, à la dégénérescence et à une finitude certaine. Deuxièmement, car ils sont des êtres relationnels. Cet aspect, fortement développé par les éthiciennes du *care*, implique non seulement que les êtres humains ont besoin des autres pour vivre et entretiennent donc entre eux des rapports de dépendance, mais aussi que leur vie « peut être mise en danger, déstabilisée ou détruite, par l'action d'autrui » (Doat & Rizzerio, 2020, p. 39). Il est intéressant de noter que, sur ce point, la philosophe éthicienne précise que cela peut se jouer sur le plan affectif et par omission également. Troisièmement, les êtres humains ont une existence « conditionnée », c'est à dire dépendante de ce qui se trouve « hors d'elle ». L'auteure en donne quelques exemples : l'environnement, les ressources, le travail, les soins médicaux, les relations (Doat & Rizzerio, 2020, p. 41).

Il est alors très intéressant ici, pour notre sujet, de se pencher sur ces deux dernières caractéristiques de l'être humain vulnérable. Nous sommes des êtres relationnels et notre existence est conditionnée par des éléments externes.

Un lien entre les notions de dignité, de *care* et de vulnérabilité est mis en exergue dans un article de Laetitia Lacôte *Vulnérabilité et dignité individuelle* (2022). Nous pouvons faire ici le rapprochement avec le public concerné par notre travail de recherche. Dans le domaine de l'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité, l'auteure relève que des approches relationnelles « fondées sur l'écoute, le *care*, la considération ou encore la reconnaissance » (p. 116) se sont développées, pour permettre le maintien ou la restauration du sentiment de dignité. Elle mentionne le « Développement du Pouvoir d'Agir » et l'approche « Dignity in care ».

Dans les grandes lignes, la première approche a pour finalité de permettre aux personnes en situation d'exclusion ou aux minorités de reprendre du pouvoir sur leur vie. La seconde redonne la parole aux patient-e-s en soins palliatifs pour qu'ils ou elles puissent exprimer leur propre conception de la dignité afin que cette dernière soit respectée de manière effective (Lacôte, 2022, pp.116-119).

Malgré la pertinence de ces deux approches en lien avec notre travail de recherche, nous ne les développerons pas plus en détails ici. Il est toutefois intéressant pour notre sujet de voir comment les professionnel-le-s abordent cette question de vulnérabilité et

quelles sont les approches relationnelles qu'ils ou elles déploient pour préserver la dignité des personnes en situation de vulnérabilité.

### 3.5 La maltraitance

Nous nous basons sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] dont voici un extrait :

La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits humains (...) (OMS, 2022).

Nous souhaitons également mettre en avant l'une des définitions théoriques citée dans l'ouvrage de Manon Masse et Geneviève Petitpierre *La maltraitance en institution. Les représentations comme moyen de prévention* (2011) :

Tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut pas consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter (p.22).

Si la maltraitance n'est pas l'objet premier de notre travail, la définition ci-dessus nous éclaire toutefois sur le fait que certains actes, mêmes involontaires, s'ils portent « gravement » atteinte à la dignité de la personne, peuvent être considérés comme de la maltraitance.

Selon la conception relationnelle de la dignité, on pourrait nuancer : porter gravement atteinte au « sentiment de dignité », ce qui ouvre le débat sur une notion subjective de la maltraitance. Nous pouvons aussi interroger le terme « gravement ». Ce qui est grave pour certains l'est moins pour d'autres. Il nous semble alors important d'être attentifs à cette nuance dans la définition et de pouvoir nous y référer lors de l'analyse de nos entretiens.

### 3.6 Les contraintes institutionnelles

Selon Demard (2013), les institutions sont centrées sur des logiques organisationnelles, fonctionnelles et stratégiques à court, moyen ou long terme. Elles doivent se conformer

à des cadres législatifs et réglementaires, des normes applicables selon leur secteur d'activité.

Dans notre cas, il s'agit d'établissements médico-sociaux (EMS), ce qui ajoute encore une dimension collective à respecter. Nous parlons également ici de contraintes liées à la sécurité des résident-e-s.

Les contraintes institutionnelles sont donc matérialisées par un grand éventail de contraintes et limites organisationnelles : les horaires des levers, les toilettes, les couchers, les menus préétablis, la vie en collectivité, la gestion des ressources humaines, la gestion des ressources financières, les enjeux quotidiens variés.

Certaines de ces contraintes sont illustrées dans l'article *Vivre le quotidien en institution*, d'Arlette Durual et de Patrick Perrard (2018) où sont donnés quelques exemples en démontrant comment certaines d'entre elles induisent une dépersonnalisation, une diminution de l'estime de soi et portent par conséquent atteinte au sentiment de dignité. Sont évoquées les contraintes liées au budget, tel que le fait de devoir attendre avant de changer une protection souillée, car le nombre de ces dernières est limité pour des raisons économiques. Les contraintes liées au bâtiment, à la sécurité ou au fait de vivre en collectivité dictent certaines règles, comme l'interdiction de scotcher des photos contre les murs pour ne pas dégrader ces derniers, de ne pas fumer en chambre, ou encore de ne pas avoir de tapis. Des règles imposant que chacun-e ait le même mobilier, parfois les mêmes draps de lit, pour diverses raisons liées à des normes de qualité, de sécurité ou de maintenance.

## 4. MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre à notre question de recherche nous avons fait le choix de réaliser des entretiens. Mais, avant d'aller explorer le terrain, il nous était nécessaire de compléter nos connaissances théoriques à travers des recherches scientifiques, sur un sujet que nous connaissions principalement par l'expérience. Nous avons naturellement effectué, pendant la phase d'analyse, des allers et retours entre données théoriques et données issues du terrain.

Nous expliquerons, dans les paragraphes suivants, les différentes démarches entreprises.

## 4.1 Recherches bibliographiques

Nous avons dans un premier temps exploré de nombreux articles et ouvrages sur le sujet, chacun apportant un éclairage et des pistes de réflexion différentes et complémentaires. Nous nous sommes également appuyés sur les notions théoriques apportées lors des cours HETS, notamment les cours sur l'observation, la pensée critique ou encore l'analyse de la pratique.

Nous avons dégagé de nos lectures les différents axes théoriques, des notions-clés, des citations intéressantes, afin de pouvoir créer une base de données soutenant notre réflexion.

Dans les premiers temps, nos ressources bibliographiques étaient majoritairement issues des domaines de la philosophie, de l'éthique et de la santé. Cela nous a été utile pour pouvoir définir les notions de dignité, de maltraitance. Puis, afin de compléter ces définitions et les aborder avec un regard différent, celui du travail social, nous avons, au fur et à mesure de l'avancée de notre travail et de l'analyse des entretiens, réorienté nos lectures vers des domaines plus spécifiques aux sciences sociales, à savoir la sociologie, la psychologie, ou encore les sciences politiques.

Nos recherches bibliographiques se sont portées principalement sur divers articles accessibles sur *Cairn.info* ou sur *Reiso*. Nous avons également consulté différents dictionnaires (science politique et sociale suisse, dictionnaire pratique du travail social, ou encore éthique et philosophie morale). Nous nous sommes basé-e-s sur différents ouvrages, dont certains collectifs. Nous avons consulté des brochures et documents établis par divers organismes (Fegems, Avenir social). Enfin, nous avons visionné des conférences accessibles sur la chaîne *Youtube*, par exemple.

Si ces apports nous ont été utiles à la compréhension globale de notre sujet, seules les sources exploitées pour la rédaction de ce travail seront mentionnées dans la liste de références en fin de document.

## 4.2 Choix du terrain

Pour notre terrain, nous avons fait le choix d'aller à la rencontre de professionnel-le-s des équipes d'accompagnement, c'est-à-dire des professionnel-le-s issu-e-s aussi bien du domaine de l'animation que de celui du soin, dans des institutions accueillant des personnes âgées. Nous pensions en effet que les établissements médico-sociaux (EMS) étaient des lieux propices pour se confronter à notre problématique. Également, pour des raisons d'accessibilité, nous avons opté pour le lieu de travail de l'un-e d'entre nous. Pour être au plus près de notre question de recherche, il nous semblait important de



pouvoir prendre en compte les professionnel-le-s de l'accompagnement œuvrant dans un contexte institutionnel contraignant et qui ont un contact direct avec les résident-e-s. Nous nous sommes rendu compte, sur nos lieux de travail respectifs, que la vision des soins et de l'animation peut être différente. Les attentes, les contraintes divergent elles aussi, selon les secteurs. Nous avons alors souhaité avoir une vision globale du *prendre soin* et ces deux secteurs nous semblent avoir une importance capitale dans le soin quotidien.

Selon les données de l'Etat de Genève, il existe actuellement dans le canton, cinquante-quatre Etablissements médico-sociaux (EMS) (République et Canton de Genève, Département de la cohésion sociale, 2024). Ces lieux hébergent, en longs-séjours, des personnes en principe en âge d'AVS, qui n'ont plus les ressources (physiques, psychiques et/ou sociales) nécessaires et suffisantes pour pouvoir poursuivre leur vie à domicile.

Les deux institutions (EMS) que nous avons choisies pour notre terrain de recherche sont situées en campagne genevoise. L'une accueille une centaine de résident-e-s, l'autre une cinquantaine.

La population y est âgée d'environ 65 à 100 ans et présente des particularités liées au vieillissement ainsi qu'à diverses pathologies ou psychopathologies, notamment des troubles cognitifs (ou syndromes démentiels) et des troubles de la vie psychique.

La mission de ces établissements est de garantir diverses prestations sociales, hôtelières, administratives, techniques et médicales de qualité.

Elle est également d'accueillir et d'accompagner les résident-e-s ainsi que leurs proches dans un lieu convivial et ouvert, où l'expression et la satisfaction de leurs besoins sont une priorité. Il s'agit donc d'accompagner les résident-e-s dans le respect de leurs besoins, de leurs souhaits, de leur choix de vie, de leurs habitudes.

Afin de mener à bien leur mission, ces institutions se basent sur un ensemble de valeurs éthiques, elles-mêmes contenues dans une Charte Ethique élaborée par l'organisation faîtière, à savoir la Fegems.

« Le respect de la dignité d'une personne âgée vulnérable et fragile - qui reste sujet et non objet de soins - est la ligne dont nous ne devons pas nous écarter » (Charte Ethique de la Fegems, p. 3).

## 4.3 Méthodes de recherche

### 4.3.1 Entretiens qualitatifs

Nous avons fait le choix de procéder à des entretiens semi-directifs dans une démarche qualitative de recherche. Nous souhaitons aller à la rencontre et être en contact direct avec des professionnel-le-s de terrain pour avoir une analyse plus fine de leur vécu, de leur ressenti.

Pour construire nos entretiens nous avons rédigé des interrogations formulées de manière générale et ouverte. Nous avons également gardé la possibilité de poser de nouvelles questions si les personnes interviewées ouvraient la discussion sur des aspects encore inconnus. Afin de préparer notre terrain, nous avons tout d'abord procédé à des entretiens exploratoires qui nous ont permis de préciser, d'affiner notre grille d'entretien (voir annexe n° 1). Cette dernière a été revue en classe, ce qui nous a permis de mieux la structurer, de compléter les thématiques et de nous ouvrir à d'autres questionnements. Sur conseil de notre directrice de Bachelor, nous avons ajouté quelques questions introductives axées sur la présentation des professionnel-le-s afin de pouvoir plus aisément entrer en relation avec ces personnes interviewées et créer un lien pour établir une communication détendue et un climat de confiance propice à l'échange. Le but étant de recueillir des informations au plus près du ressenti, informations non parasitées par une éventuelle gêne ou retenue par la crainte d'être soumis-e à un jugement de notre part.

Dans l'annexe n° 2 figurent donc les questions telles que nous les avons posées lors de l'entretien. Bien sûr, en fonction du fil de la conversation, ces dernières ont pu prendre une tournure légèrement différente, mais nous avons fait en sorte que le sens des questions soit préservé.

Nous avons envisagé, selon l'avancée de notre travail, d'interviewer une ou deux résident-e-s, afin d'enrichir notre vision et compréhension de ce qui se joue, de connaître le ressenti et d'avoir ainsi un regard croisé sur la question de la dignité. Nous aurions aimé découvrir comment cela est vécu par le ou la principale intéressé-e: le-la résident-e. Nous pensions que ce ou cette dernier-ère, par ses remarques, le partage de ses ressentis, aurait été à même de mettre en perspective les pratiques. Malheureusement, au regard du temps imparti pour la réalisation de ce travail de Bachelor et de nos rythmes de vie respectifs, en tant qu'étudiant-e-s, professionnel-le-s et parents, nous n'avons pu aller raisonnablement au bout de cette démarche. Nous nous en sommes donc tenus aux entretiens avec les professionnel-le-s, ce qui représentait déjà une riche matière pour l'analyse. Cela aurait pu nous sembler frustrant mais, en fait, cela nous a permis de pouvoir être vraiment à l'écoute lors des entretiens réalisés, d'avoir le temps de s'en

imprégner en profondeur et de nous concentrer sur le regard des professionnel-le-s. Nos capacités d'adaptation respectives ont été très utiles.

#### **4.3.2 Démarches pour la réalisation des entretiens**

L'un-e d'entre nous travaillant en EMS, la demande a été faite auprès de la Direction de pouvoir effectuer la recherche auprès des collaborateurs et collaboratrices des deux institutions qui sont sous cette même Direction. Lors d'un entretien avec cette dernière, le projet de notre travail de bachelor a été présenté, en insistant sur la dimension éthique ainsi que sur les avantages de procéder à une telle démarche. Ces avantages concernent aussi bien les professionnel-le-s interviewé-e-s qui peuvent, lors des entretiens, prendre un temps de recul et de réflexion par rapport à leur pratique, que l'institution qui pourrait alors obtenir, par le biais de ce travail, des informations globales et anonymisées sur les difficultés rencontrées par les professionnel-le-s, dans l'intention, *in fine*, de permettre une meilleure qualité d'accompagnement pour les résident-e-s.

Avec l'accord de la Direction, celui ou celle d'entre nous travaillant dans l'institution a dans un premier temps proposé à quatre personnes de participer aux entretiens. Le choix a été porté sur des personnes qui, pour diverses raisons liées à des intérêts personnels ou professionnels, pouvaient être motivées à y participer. Tous-tes ont accepté volontiers. Puis, dans un second temps, un mail a été envoyé à l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices des équipes d'accompagnement (c'est-à-dire soins et animation) des deux institutions concernées. L'intention de recherche a été brièvement expliquée dans le courriel, afin de demander s'ils ou elles étaient intéressé-e-s à participer à un entretien concernant le sentiment de dignité des personnes âgées en institution. Rapidement, nous avons obtenu quatre entretiens supplémentaires. Ces derniers se sont donc faits sous la forme du volontariat.

Nos questions ont été suffisamment ouvertes pour laisser une liberté de réponse tout en garantissant une certaine ligne directrice.

Nous avons demandé l'accord des personnes interviewées pour pouvoir les enregistrer. Nous avons donc procédé, au total, à huit entretiens semi-directifs afin de récolter des témoignages du terrain, des partages d'expériences, des avis. Nous avons obtenu un large éventail composé de professionnel-le-s de l'équipe d'accompagnement : deux animatrices, un apprenti assistant socio-éducatif (ASE), une musicothérapeute, une aide-soignante, une assistante en soins communautaires (ASSC), une infirmière et une infirmière cheffe d'unité de soins (ICUS). Ceci correspondait à notre souhait initial d'avoir un large panel de professionnel-le-s en lien avec la population concernée. La pluridisciplinarité est présente dans l'institution et nous souhaitons que cela transparaisse dans notre recherche.

Au départ nous pensions travailler avec deux institutions afin d'être sûr-e-s d'obtenir suffisamment d'entretiens. Nous avons également l'intention de pouvoir mettre en lumière des similitudes ou des différences car malgré le fait que ces deux institutions soient régies par la même Direction générale elles ont bel et bien des caractéristiques différentes.

Nous avons toutefois été limité-e-s dans les entretiens avec sept personnes sur la première institution et une seule personne sur la seconde. Cela dit, le discours du ou de la professionnel-le en question corrobore avec l'échantillon que nous avons eu et ne contredit pas celui des autres professionnel-le-s. Nous n'avons donc pas jugé utile de mentionner son appartenance à telle ou telle institution (cf. 4.4.4 : Anonymisation des données).

Les huit entretiens nous ont semblé alors suffisants pour saisir les nuances ou ce qui se répétait. Nous aurions pu procéder à une relance et très certainement obtenir d'autres entretiens, mais en raison de la contrainte de temps imparti pour la recherche et observant, après relecture des entretiens, une certaine saturation des données, nous avons fait le choix de nous arrêter là.

### **4.3.3 Retranscription des entretiens**

A la suite des entretiens, afin de rendre les données de terrain exploitables, nous avons procédé à la retranscription fidèle de ces derniers préalablement enregistrés. Nous avons prêté attention à retranscrire également la dimension émotionnelle des personnes interviewées que nous avons pu percevoir par des éléments non verbaux : sourires, rires, silences, hésitations.

Les entretiens ont été retranscrits dans un document Word, sous forme de tableau, ce qui nous a permis de numéroter chaque prise de parole. Cette numérotation nous a été d'une grande aide lors du codage ainsi que pour la rédaction. A ce propos, les numéros qui se trouvent à la suite des citations correspondent donc à la case du tableau de retranscription. Un extrait de ces tableaux de codage se trouve dans l'annexe n°3.

### **4.3.4 Journal de bord ou prises de notes**

Chacun-e de nous a commencé à tenir un journal de bord dans lequel nous avons l'intention de noter nos idées, nos observations, des renvois éventuels à nos expériences de vie, nos ressentis.

Pascal s'est astreint à retranscrire l'ensemble des entretiens juste après que ces derniers aient été menés, ceci pour ne pas perdre l'atmosphère vécue lors de l'entretien,

la communication non verbale des personnes interviewées, tout ce qui est de l'ordre de l'observation. Dans ce contexte-là, le carnet de bord lui paraissait moins opportun.

Cristel, qui travaille dans l'une des institutions concernées, avait l'intention d'en faire un terrain d'observation et de prendre des notes sur son journal de bord. Elle s'est vite aperçue que cela était difficile de combiner son travail quotidien en période bien chargée, des temps d'observation sur le terrain et des retranscriptions d'observations dans son journal de bord. L'idée a donc été abandonnée au profit d'une concentration plus soutenue sur l'analyse des entretiens.

## 4.4 Méthodologie d'analyse

Après avoir mené et retranscrit nos huit entretiens nous avons rapidement réalisé, grâce à une lecture flottante et lors de nos partages oraux, que quatre problématiques principales se dégageaient, à savoir : 1. La conception de la dignité, 2. Tout ce qui est lié aux atteintes ou à la préservation de la dignité, 3. Les contraintes institutionnelles et enfin 4. Les pistes d'amélioration pour préserver la dignité des personnes accompagnées.

Nous avons alors procédé au codage des données afin, d'une part, de confirmer notre pressenti concernant les thématiques principales et, d'autre part, de pouvoir passer à l'analyse des données.

### 4.4.1 Codage des données

Dans un premier temps, nous avons créé un tableau (voir annexe n°3) pour faciliter le codage des données avec cinq colonnes. Dans la première, nous avons relevé tous les éléments qui étaient en lien avec la conception que les différentes personnes interviewées avaient de la dignité ou la manière dont ces dernières la définissaient. Dans la deuxième colonne, nous avons relevé tout ce qui pouvait être de l'ordre de l'atteinte ou de la préservation du sentiment de dignité des personnes âgées (gestes, attitudes, postures professionnelles). Dans la troisième colonne, nous avons recensé toutes les contraintes institutionnelles identifiées par les différent-e-s professionnel-le-s. Dans la quatrième colonne du tableau ont été réunies les pistes qu'ils ou elles suggéraient pour préserver la dignité des résident-e-s en institution. Enfin, dans une cinquième colonne, nous avons retranscrit tout autre élément-clé important qui ne pouvait être classé dans les premières colonnes, afin de pouvoir identifier si une autre thématique se dégagait.

En observant le tableau, nous avons rapidement constaté qu'effectivement, les quatre thématiques identifiées au départ étaient largement abordées par les professionnel-le-s

et nous avons choisi de travailler essentiellement sur celles-ci. En revanche, dans la cinquième colonne, quelques thématiques sont également intéressantes pour notre travail, notamment la question de la responsabilité. Dans l'intention de répondre à nos objectifs de recherche, celle-ci a particulièrement retenu notre attention. Nous la développerons alors dans la partie analyse.

#### **4.4.2 Organisation des codes**

Dans un second temps, nous avons traité chaque thématique pour voir quelle sous-thématique se dégageait. Pour ce faire, nous avons repris l'ensemble des éléments d'une colonne "thématique" et nous les avons classés dans un nouveau tableau, avec différentes colonnes « sous-thématique » (voir annexe n° 4). A titre d'exemple, dans la thématique « conception de la dignité », nous pouvions extraire : « conception ontologique », « conception interactionnelle » ou encore « définition ».

Dans un troisième temps, nous avons repris les éléments d'une sous-thématique, « définition » par exemple, et nous les avons classés (voir annexe n° 5). Cela nous a alors permis de pouvoir commencer l'analyse et de rédiger un texte de manière structurée.

#### **4.4.3 Analyses des données**

En remplissant le tableau, lors du codage des données, nous avons commencé à établir des liens entre les différents entretiens. De manière de plus en plus évidente, flagrante, des similitudes apparaissaient.

Nous avons ensuite fait des aller-retours entre les éléments du codage et les aspects théoriques qui y sont liés, approfondissant ou affinant ainsi nos apports théoriques pour nourrir l'analyse des données.

#### **4.4.4 Anonymisation des données**

Si nous avons dans un premier temps noté le nom de leur profession pour différencier les professionnel-le-s rencontré-e-s, nous avons par la suite fait le choix d'utiliser un prénom d'emprunt, d'abord en vue d'une anonymisation des données, mais aussi car l'identité des personnes rencontrées ne se résume pas au simple fait d'être infirmier-ère, apprenti-e ou encore animatrice ou animateur. Afin de donner un prénom d'emprunt sans induire d'interprétations quant à son origine, nous avons choisi un prénom de même catégorie.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons répertorié des données concernant les professionnel-le-s. Conscient-e-s qu'il ne sera pas possible d'anonymiser totalement ces données, nous avons demandé l'accord à chaque participant-e de figurer, avec ce prénom d'emprunt, sur ce tableau.

Prénom <sup>4</sup>	Profession actuelle	Date de l'entretien	Âge	Sexe	Années de carrière dans le domaine <sup>5</sup>	Formations
Carla	Aide-soignante	16.09.2023	34	F	9	AFP d'ASA
Manon	Infirmière	20.09.2023	46	F	18	Diplôme d'infirmière UOG- Formatrice d'adultes CAS soins palliatifs DAS en population vieillissante
Amélie	Musicothérapeute	12.07.2023	40	F	1	AMB (atelier musicothérapie de Bourgogne) Formation en voix « Pleine voix »
Chloé	Assistante en soins et santé communautaire (ASSC)	21.09.2023	30	F	11	CFC ASSC PreMaIPa
Tom	Apprenti Assistant socio-éducatif (ASE)	20.07.2023	21	M	2	CFC ASE <i>en cours</i>
Magali	Animatrice	12.07.2023	59	F	17	Certificat animatrice en gériatrie et psychogériatrie
Maria	Infirmière cheffe d'unité de soins (ICUS)	20.07.2023	52	F	26	Diplôme d'infirmière Certificat d'études approfondies Option IRSP
Sophie	Animatrice	21.09.2023	51	F	21	Animatrice en gérontologie Teacher en Validation® de Naomi Feil

Tableau des données recueillies auprès des personnes interviewées, avec leur consentement.

En ce qui concerne les institutions, nous avons également souhaité les rendre le plus anonyme possible. Nous sommes donc volontairement resté-e-s flou-e-s dans leur description.

## 4.5 Enjeux éthiques

Nous avons tout d'abord tenu compte des considérations éthiques concernant le **consentement libre et éclairé**, en demandant l'accord des participant-e-s sur les différentes étapes de notre démarche. Aussi, nous avons informé les participant-e-s de notre intention de recherche et de la manière dont nous allons traiter les données. Nous avons particulièrement insisté sur la liberté et la possibilité de se rétracter à tout moment, d'autant plus que certain-e-s professionnel-le-s interviewé-e-s avait une relation

<sup>4</sup> Prénom d'emprunt

<sup>5</sup> Nous avons comptabilisé ici le nombre d'années d'expérience dans le domaine d'accompagnement de personnes âgées en institution.

hiérarchique avec l'un-e d'entre nous. Il était donc important de s'assurer que chaque personne ne subissait aucune pression et prenait la décision de répondre tout à fait librement à la proposition de participer aux entretiens.

A ce propos, nous avons observé des personnes motivées et réjouies de participer à cette recherche. Nous avons adopté une attitude d'ouverture, d'écoute et de non-jugement afin de ne surtout pas donner l'impression de "pointer ce qui ne va pas" et au contraire de montrer que nous étions dans une démarche compréhensive.

Concernant le **respect de la sphère privée**, nous avons veillé à la **confidentialité** en utilisant des pseudonymes et en anonymisant le plus possible les données. Aussi, rien de ce qui a été partagé lors des entretiens individuels n'a été utilisé à d'autres fins que celles de notre travail d'analyse.

Nous avons rapidement modifié les noms par un substitut (au départ la profession, puis un pseudonyme) afin de ne pas laisser de traces des données personnelles des participant-e-s. Nous avons volontairement utilisé une description suffisamment vague des institutions pour que ces dernières ne soient pas trop facilement identifiables.

Conscient-e-s que la question de l'atteinte au sentiment de dignité peut évoquer des situations de maltraitance et que cette question peut être extrêmement taboue et délicate, nous avons fait preuve de diplomatie, de tact et de délicatesse tout au long de notre démarche. Il y avait ici un véritable enjeu. Nous avons alors porté une attention toute particulière pour que notre travail respecte **le principe éthique de ne pas nuire**. Si quelques aspects négatifs ou péjoratifs ressortent des entretiens, nous les avons traités avec pédagogie, tant envers l'ensemble des professionnel-le-s concerné-e-s, qu'envers l'institution qui nous a ouvert ses portes pour la réalisation des entretiens.



## 5. ANALYSE

### 5.1 Définition et conception de la dignité selon les professionnel-le-s

#### 5.1.1 Définir la dignité

##### 5.1.1.1 Une notion « subtile, propre à chacun-e, mouvante et non palpable »

La notion de dignité est très complexe à définir. « Terme philosophique » ou encore « notion subtile », pour Amélie, elle « ne peut pas être définie de manière générale », selon Sophie (26)<sup>6</sup>, « ... parce qu'en fait, chacun a sa manière de définir la dignité » précise Carla (40).

Elle est d'une part « propre à chacun », comme le mentionne la plupart des professionnel-le-s interviewé-e-s. A ce propos, une professionnelle nous invite à prendre en compte la dignité des résident-e-s selon leur propre conception :

Allons-y de façon frontale, parlons-leur de di-gni-té, à eux ! *(Elle appuie les trois syllabes en tapant avec son crayon sur la table « di-gni-té »)*. C'est eux qui répondront mieux, pas nous. Nous on n'a pas à poser cette définition pour eux, c'est hors de question. Ils sont nos guides (Sophie, 34).

Ici, l'animatrice fait référence à la reconnaissance d'une notion subjective de la dignité basée sur « le savoir expérientiel » de la personne accompagnée. Comme le relève la sociologue Laetitia Lacôte (2022) en abordant la conception du sujet moderne, potentiellement autonome, responsable et acteur : « dès lors que le concept de dignité est indéterminé, il revient alors au sujet d'en donner sa définition » (p. 115).

Selon les professionnel-le-s, la définition de dignité est d'autre part « non palpable, fluctuant[e], à observer » (Sophie, 26). Elle évolue et change avec l'âge et l'expérience de vie : « Ma dignité à moi à ce jour, maintenant, ce ne sera pas la même dans vingt ans. Je pense que c'est quelque chose de mouvant » (Manon, 56).

---

<sup>6</sup> Les numéros notés entre parenthèses correspondent au numéro de la case de retranscription des entretiens, dans notre tableau de codage.

Il s'agit alors, comme l'exprime Sophie de « se questionner tout le temps sur cette question de dignité. Ne pas la scléroser. Être ouvert à changer sa définition, tout le temps, à questionner les résidents autour de cette définition » (Sophie, 34).

Nous nous sommes rendu compte au travers des lectures tout comme des entretiens, que la dignité est parfois définie par sa négation, par son absence. Si l'on se réfère au *Dictionnaire de politique sociale suisse* (Muders & Baumann, 2020), « notre compréhension de la dignité humaine est d'abord et avant tout guidée par l'expérience de ses violations ». Et pour reprendre les termes de la philosophe Tanella Boni (2006) « ainsi, avoir conscience qu'un humain est privé de sa dignité, serait-on tenté de dire, est antérieur à toute théorisation » (p. 71). C'est donc parfois quand elle est « touchée », « atteinte », ou encore « attaquée », selon les termes employés par les professionnel-le-s, que l'on peut alors la définir ou la concevoir.

#### **5.1.1.2 Une définition qui découle des valeurs**

Afin de définir la dignité, les professionnel-le-s interviewé-e-s ont très souvent recours au registre des valeurs aussi bien professionnelles que personnelles. Tous-tes s'accordent sur le terme de respect, défini ici comme « une base commune » (Manon, 56). Le respect, comme le précise Amélie, « à tous les niveaux : de soi-même et de l'autre » (38).

Qu'il s'agisse du « respect pour les anciens » (Amélie, 60), des personnes vulnérables, du ou de la résident-e en tant que « personne entière » (Magali, 61), il est aussi question du « respect de ses valeurs » (Chloé, 41), du respect de sa pudeur, de son intimité, de son identité, de son rythme, de ses habitudes, de ses croyances, de ses envies, de ses décisions.

D'autres valeurs reviennent fréquemment pour définir la dignité. Elles tournent autour de l'autodétermination et du pouvoir d'agir. En effet, parmi les professionnel-le-s interviewé-e-s, la majorité emploie ces termes. Perdre sa dignité serait aussi « ne plus pouvoir exprimer sa volonté » (Maria, 76). D'autres les déclinent en termes d'autonomie, de citoyenneté ou encore de possibilité de « garder le contrôle sur sa vie » (Carla, 85).

Un autre registre de valeurs auxquelles les professionnel-le-s font référence à plusieurs reprises pour définir la dignité, est de l'ordre de la liberté, notamment de la liberté de choix. Pour une animatrice, le respect des choix est d'ailleurs « ce qui prime » (Magali, 63).

### **5.1.2 Concevoir la dignité**

Nous l'avons vu, définir la dignité n'est pas chose aisée. Lors de nos recherches bibliographiques tout comme lors du codage des données, nous avons également constaté qu'il existe plusieurs conceptions de la notion de dignité. Il nous a alors semblé important d'aller explorer au travers des entretiens, comment les professionnel-le-s eux-mêmes ou elles-mêmes conçoivent la dignité, tout en éclairant leur point de vue avec des éléments théoriques.

Si dans la littérature trois conceptions de la dignité sont le plus souvent développées, à savoir les conceptions posturale, ontologique et interactionnelle (cf. 3.2 : La dignité) ici seules les deux dernières ressortent majoritairement.

#### **5.1.2.1 Conception ontologique : « On ne peut pas perdre sa dignité ! »**

Certain-e-s professionnel-le-s interviewé-e-s relèvent que la dignité est intrinsèque : « on ne peut pas la perdre » (Tom, 61). Pour Carla : « Si on perd sa dignité, on perd tout » (58). Cette conception ontologique sur laquelle « s'est bâti le socle des droits de l'Homme » (Vernet et al., 2016, p. 238), comprend la dignité comme étant de l'ordre de l'essentiel. Il nous semble alors intéressant et même primordial de relever la distinction entre dignité et sentiment de dignité.

Tout comme l'énoncent plusieurs auteur-e-s, « on ne perd en effet jamais sa dignité d'homme, qui est de l'ordre de l'essentiel, de la substance, de l'universel, quels que puissent être les événements de la vie, même si on peut perdre le sentiment de dignité, qui est un phénomène » (Vernet et al., 2016, p. 238). Et selon le philosophe Philippe Merlier (2013), dans son ouvrage abordant l'éthique en travail social, « la dignité ne se perd pas, mais on peut avoir le sentiment de perdre sa dignité, notamment lorsqu'en fin de vie, l'échéance ne semble plus que déchéance... » (p. 88).

Bien que certain-e-s professionnel-le-s interviewé-e-s relèvent qu'on ne perd jamais sa dignité (Carla, 58), les mêmes ou d'autres professionnel-le-s relèvent aussi que la dignité peut malgré tout être « égratignée » (Sophie, 28) ou « attaquée » (Manon, 64).

Les professionnel-le-s nous invitent alors à aborder une deuxième conception de la dignité, la conception relationnelle. Il est alors intéressant de nous pencher sur ce qui, d'après les dires des professionnel-le-s et dans la relation à autrui, semble nuire ou non à la dignité ou au sentiment de dignité.

### **5.1.2.2 Conception relationnelle : « se sentir écouté et compris joue un rôle sur la dignité »**

Dans les entretiens menés, la dimension relationnelle a été amplement abordée par les professionnel-le-s. Elle est déclinée en plusieurs thèmes autour du lien social et de la responsabilité d'une part et du regard et de la reconnaissance d'autre part.

#### **5.1.2.2.1 Lien social et responsabilité**

Il ressort tout d'abord dans plusieurs entretiens que le lien social revêt une importance particulière. Manon relève en effet l'importance du lien social qui donne le « sentiment d'exister » (186). Magali pense qu'on peut perdre sa dignité « par le déni » (75) de l'autre. Amélie, quant à elle, relève qu'il y a « une réelle perte de dignité d'une certaine manière, puisqu'il y a un déclin qui n'est pas accompagné » (54).

Les personnes interviewées expriment que la dignité peut être atteinte par des regards ou des actions dont certains sont induits par les professionnel-le-s, par d'autres résident-e-s, par les familles ou encore par la société de manière générale.

Nous verrons quels sont ces éléments plus en détail (cf. 6.2 : Préservation et atteinte à la dignité).

Selon Boni (2006), c'est donc au travers des actions et du regard de l'autre que nous prenons conscience de notre propre dignité. « En situation, l'homme n'a jamais conscience de sa propre dignité que par l'action de l'autre homme : par le regard de l'autre ... » (p. 76).

#### **5.1.2.2.2 Regard, reconnaissance, attention et écoute**

Abordons alors maintenant l'importance du regard et de la reconnaissance.

Selon Vernet et al. (2016), « cette reconnaissance par l'autre, qui définit la dignité de manière externe, est le fondement de la conception interactionnelle de la dignité. Elle est conférée par le regard d'autrui sur moi... » (p. 236). A ce sujet, les professionnel-le-s abordent à plusieurs reprises les thématiques de la reconnaissance et du regard. La manière de regarder l'autre, selon Manon (70), aura un impact sur le sentiment de dignité des personnes accompagnées. Il s'agit aussi, pour Sophie, de reconnaître la personne, son identité (34). En d'autres termes, pour Tom, respecter la dignité c'est « traiter la personne avec égard, considération » (69). Pour Carla, il s'agit du sentiment de dignité ou du « sentiment d'exister » par le regard de l'autre. D'après elle, on pourrait porter atteinte à la dignité des résident-e-s « quand ils [ou elles] nous parlent et qu'on fait

semblant de les écouter mais qu'on ne les écoute pas. Ou on ne s'arrête pas, on ne les regarde pas » (93).

L'impact du regard est également relevé par le professeur en psychologie et psychopathologie Jean-Marc Talpin (2011), pour conclure son article concernant le vieillissement: « Pour vieillir vivant, il faut tout à la fois se sentir vivant et se voir vivant, jusqu'à la mort, dans le regard des autres » (p. 53). Dans cette conception, la dignité, en tant que valeur suprême et fondement de notre humanité, se vit alors au travers du regard de l'autre : « La valeur que nous reconnaissons à la personne passe par le regard porté sur elle » (Dell'Accio, 2014, p. 75).

Philippe Crône (2017), animateur en gériatrie, explique que l'image que renvoie l'autre par son regard aura un impact considérable sur la confiance en soi et l'estime de soi. « Je suis ce que je vois de moi dans le regard des autres » (p. 14). C'est d'ailleurs ici un élément fondateur de la philosophie *Humanitude* développée par Gineste et Marescotti : permettre « aux Hommes dont nous prenons soin, quelles que soient les conséquences des handicaps ou des maladies, de ne jamais cesser de se voir Hommes dans les yeux de ceux qui les regardent » (Gineste et al., 2008, p. 54).

Porter son regard, sa reconnaissance, nous l'avons compris dans le discours des professionnel-le-s, c'est aussi écouter l'autre, lui apporter de l'attention. « Ils se sentent écoutés, compris, entendus, respectés » (Carla, 89). L'aide-soignante insiste : « Le fait de se sentir écoutés et compris cela joue un énorme rôle sur la dignité, sur leur sentiment de dignité » (87).

#### 5.1.2.2.3 Notion de pouvoir sur l'autre

Enfin, les professionnel-le-s ont abordé les notions de pouvoir sur l'autre, l'autre vulnérable. La dignité pourrait être atteinte par la prise de pouvoir, par malveillance. A contrario, respecter la dignité serait de « ne pas forcer quelqu'un » (Amélie, 60).

Comme le partage Carla avec une conviction perceptible dans sa voix : « Je n'impose pas à quelqu'un de se doucher s'il ne veut pas. Je n'impose pas à quelqu'un de manger s'il ne veut pas » (83).

Cette sous-thématique, si elle a moins été abordée de manière directe par les professionnel-le-s, est tout de même bien présente dans leur discours. Elle est également un élément-clé de la philosophie *Humanitude* :

Le principe de respect de l'autonomie et de la liberté individuelle, désormais inscrit dans la loi, est fondamental. Il impose de systématiquement rechercher et de tenir compte du consentement de la personne, de ne pas lui imposer des soins de force, de fournir les informations dont elle a besoin pour prendre des décisions, de favoriser les situations où elle peut exercer ses choix (Gineste et al., 2008, p. 50).

## 5.2 Préservation et atteinte à la dignité

Les professionnel-le-s interviewé-e-s ont largement répondu ou développé tout ce qui permet de préserver ou, au contraire, risque de porter atteinte à la dignité des personnes âgées en institution.

Tout d'abord, de nombreux éléments portent sur des valeurs fondamentales du travail social, notamment des valeurs humanistes (Bouquet, 2017) déjà identifiées par les professionnel-le-s dans leur conception-même de la notion de dignité. On retrouve alors le pouvoir d'agir, l'autonomie, la liberté de choix et l'autodétermination.

Aussi, le comportement, l'attitude, les compétences ou encore les qualités de savoir-être des accompagnant-e-s tiennent un rôle majeur dans la préservation de la dignité.

Enfin, les professionnel-le-s ont également abordé le respect de la personne en tant qu'être humain, le respect de son identité, de son intimité, de son espace. Les contraintes liées à l'institution, au collectif, ont aussi été abordées et seront développées par la suite (cf. 6.3 : Les contraintes institutionnelles).

Voyons maintenant tous ces points plus en détail.

### 5.2.1 Pouvoir d'agir et autonomie

Les entretiens laissent clairement apparaître que le pouvoir d'agir et l'autonomie sont des éléments-clés de la dignité. Entre autonomie décisionnelle, fonctionnelle et pouvoir d'agir, quel que soit le niveau de décision ou d'action, il importe alors de donner - ou redonner - un maximum de pouvoir aux résident-e-s.

En effet, les « laisser faire par eux-mêmes » (Magali, 139), « les laisser agir » (Manon, 72), permettrait de préserver la dignité des personnes accompagnées.

Carla souligne « l'importance de garder son pouvoir d'action » (50) et, a contrario, elle relève qu'« enlever la possibilité de mobiliser les capacités restantes, même partielles »,

ce serait porter atteinte à la dignité. Elle précise que « la répétition de privation de capacité d'agir » mènerait à la perte du sentiment de dignité (99).

En évoquant des personnes qui présentent des « syndromes démentiels » et qui ont fait face à de nombreuses pertes dans plusieurs domaines de leur vie, Jérôme Pellissier (2021), docteur en psychogérontologie, rend le lecteur ou la lectrice attentif-ve à « veiller encore plus aux expressions de pouvoir et de choix dans les autres domaines, et notamment celui du prendre-soin de soi ». Dans son ouvrage *Ces troubles qui nous troublent*, il précise que « ce qui est en jeu dans la maîtrise des « petites choses », est parfois le sentiment même d'être une personne autonome et respectée » (p. 95-96). Et c'est bien de « ces petites choses » dont nous parlait Carla quand elle abordait l'importance de « les féliciter pour tous ce qu'ils arrivent à faire, les stimuler pour tous ce qu'ils arrivent à faire. Leur laisser le choix ! » (Carla, 79). « Oui, c'est laisser le choix. Parce que [ces petites choses] c'est le peu de choses qu'ils savent, qu'ils arrivent encore à avoir le contrôle » (Carla, 85).

Manon et Maria relèvent toutes deux que, en raison de la maladie, « ne plus pouvoir exprimer sa volonté » (Maria, 76) ou garder ou non la capacité à la verbaliser (Manon, 118), aurait aussi des répercussions sur le sentiment de dignité.

Et, comme l'exprime Manon, certain-e-s résident-e-s « ne vont pas l'exprimer verbalement, (...) mais [ils-elles] vont l'exprimer non verbalement, et ça c'est pas forcément évident et accessible à tout le monde » (72). Il appartient donc aux professionnel-le-s non seulement de stimuler la personne âgée pour lui permettre d'agir et d'exprimer sa volonté, mais il s'agit également pour les professionnel-le-s d'être en mesure de saisir cette volonté exprimée par divers biais et même parfois présumée et surtout de « ne pas faire à la place » (Carla, 97), si cela n'est pas nécessaire.

Jérôme Pellissier (2021) relève en effet qu'il s'agit d'un travail délicat, particulièrement lorsque la personne, en raison de l'altération de ses capacités d'expression, semble privée de pouvoir ou de choix : « Plus le pouvoir d'agir de l'un sur son environnement est fragile, plus l'autre devra être attentif et sensible à ses toutes petites formes d'expression » (p. 126). Selon lui, le pouvoir que l'on a sur soi-même, sur sa vie ou encore sur son environnement est essentiel pour l'estime de soi.

Ce que relèvent Manon et Maria un peu plus haut, et tout comme le mentionne le docteur en psychogérontologie, le choix et le pouvoir n'ont pas disparu, ils sont seulement « plus difficiles à percevoir » (Pellissier, 2021, p. 125).

Un autre aspect abordé à plusieurs reprises lors des entretiens, est le dilemme éthique récurrent entre sécurité et liberté. Une professionnelle interviewée établit le lien entre les contraintes au nom de la protection de la personne et l'atteinte à la dignité, précisant que l'intention reste de protéger la personne. « En fait, c'est là où je me dis que la dignité peut être vite touchée chez quelqu'un d'autre, pas par malveillance, mais par bienveillance » (Manon, 74). C'est ce que relate également Christiane Henzi (2022) dans son article « L'art de conjuguer dépendance et dignité en Etablissement Médico-Social », en témoignant de cette « dérive hyper-sécuritaire [privant] le résident de sa liberté et se [révélant] parfois extrêmement humiliante » (p. 27).

En effet, selon le philosophe et éthicien Fabrice Gzil (2017) « concilier droit à la liberté et droit à la protection » (p. 12) est une réelle préoccupation. A ce propos, dans son article *Maladie d'Alzheimer et droits de l'Homme*, il invite le lecteur à « protéger sans diminuer, respecter sans négliger » (p. 12). Il s'agit-là d'être en mesure de bien distinguer les différentes formes d'autonomie, respecter la personne dans ses droits tout en se souciant de sa vulnérabilité.

La charte éthique de la Fegems nous éclaire également à ce sujet : « les membres de la Fegems (...) s'efforcent de préserver l'autonomie de la personne âgée, de favoriser l'expression de son libre arbitre, de respecter ses choix, même au prix d'un certain risque pour elle-même » (Charte éthique de la Fegems, p. 5).

### **5.2.2 Liberté de choix et autodétermination**

Cette liberté est aussi abordée sous l'angle de la liberté de choix. Sept personnes sur les huit interviewées abordent explicitement la notion de liberté de choix et d'autodétermination comme étant un aspect fondamental de la préservation de la dignité. « Demander leur avis » (Manon, 72), « laisser le choix », « laisser choisir » (Carla, 79), « ne pas choisir ou faire à la place » (Maria, 90), « respecter les choix » (Magali, 61), respecter ses volontés et la manière de « conduire sa vie » (Carla, 85).

Cette capacité à faire ses propres choix et pouvoir conduire sa vie, semble donc être un facteur déterminant et prioritaire dans la préservation de la dignité des personnes accompagnées, comme le souligne une animatrice : « Qu'on respecte ... [leurs] choix, alors, je sais que c'est pas facile, mais pour moi, je crois que c'est la première chose qu'on doit faire pour ces personnes » (Magali, 63).



A ce propos, le philosophe et formateur en travail social Philippe Merlier (2013) reprend les propos de Pic de la Mirandole. Ce dernier, « le plus grand philosophe de la renaissance italienne écrit que la dignité réside dans l'exercice de la liberté humaine : l'homme peut se définir lui-même par ses propres choix » (pp. 87-88).

### **5.2.3 Attitude et comportement des professionnel-le-s**

L'atteinte à la dignité peut être liée à des comportements individuels, relève Manon (88). Que cela soit par « familiarité de langage » (Amélie, 62), par des « petits gestes qui arrivent souvent » (Chloé, 103), par des gestes brusques (Amélie, 62), par négligence ou encore par le ton employé, cette atteinte semble, d'après les dires des professionnel-le-s, être présente en institution. « Eh bah, il y en a un peu tous les jours, mais des petits gestes ! » témoigne Manon. « Il y a plein de situations tous les jours. Dans le fond, malheureusement, tous les jours. Mais jamais par malveillance, de nouveau » (Manon, 106).

Pourtant, les professionnel-le-s interviewé-e-s observent, déploient et témoignent de la multitude de comportements et d'attitudes qui permettent de préserver la dignité. Par exemple, la mise en valeur des actions réalisées par les résident-e-s (Carla, 125).

Le fait de féliciter et de remercier le ou la résident-e pour ce qu'il ou elle est *encore* capable de faire semble être un élément important et abordé lors de plusieurs entretiens. Une animatrice explique comment, dans son travail au quotidien, elle tente de mettre en valeur les résident-e-s et précise justement à ce propos : « notre but, c'est qu'ils gardent leur dignité » (Magali, 104).

Les bonnes pratiques semblent alors être une préoccupation pour plusieurs des personnes interviewées. La préservation de la dignité apparaît dans les petits détails qui ont de l'importance (Chloé, 81). Pour Sophie, « la dignité, elle peut être travaillée sur des choses infimes, ... c'est un travail de l'infime et de chaque instant » (26).

### **5.2.4 Savoir-faire et savoir-être des professionnel-le-s**

Ici encore, il est aisé d'établir une riche liste des compétences de savoir-faire et de savoir-être issues des dires des professionnel-le-s interviewé-e-s permettant de maintenir ou de préserver la dignité des personnes accompagnées. L'attention, l'écoute, l'empathie, le non-jugement, l'humilité ou la reconnaissance de sa propre vulnérabilité, semblent être des conditions fondamentales.

Nous établirons alors ici quelques liens avec l'éthique du *care* notamment en s'inspirant des quatre vertus ou « qualités morales » mise en lumière par Joan Tronto, et qui sont :

l'attention, la responsabilité, la compétence et la réceptivité (Zielinski, 2010 ; Molinier et al., 2021).

#### **5.2.4.1 L'attention et l'écoute**

L'aptitude à écouter avec attention, selon l'animatrice « c'est vraiment d'être là, centrée, de ne pas perdre le mot ... C'est ça, toute l'attention doit être tournée vers eux » (Sophie, 38). Selon elle, cette écoute de qualité permet donc de favoriser le sentiment de dignité chez la personne accompagnée.

Se basant sur les travaux de Joan Tronto, la philosophe Agata Zielinski (2010) définit l'attention comme étant « la première étape du *care* » et d'après elle, « si nous ne sommes pas attentifs aux besoins de l'autre, il nous est impossible d'y répondre » (p. 635).

Nous retrouvons chez les personnes interviewées cette volonté d'offrir cette pleine attention à l'autre qui se manifeste par la disponibilité, la qualité d'écoute, à l'exemple de Maria : « J'essaie de donner le meilleur de moi-même, des valeurs humaines au niveau de l'accompagnement des résidents, beaucoup d'écoute, d'empathie aussi » (92).

#### **5.2.4.2 L'empathie**

Cette empathie, ou la capacité à se mettre à la place de l'autre, est très souvent évoquée par les professionnel-le-s, mais majoritairement de manière implicite. Elle est abordée par le retour à soi, c'est-à-dire la volonté de traiter l'autre avec les mêmes égards, la même qualité d'accompagnement que l'on souhaiterait recevoir soi-même. « J'essaye au maximum de me mettre à leur place, de me dire, et si moi j'étais dans cette situation, qu'est-ce qui serait important ? » (Chloé, 79). Chloé donne un autre exemple en ce qui concerne un résident qui aurait des vêtements tâchés « ... et puis on les laisse comme ça toute la journée. Non ! Si c'était nous, on changerait le vêtement, donc pourquoi on ne le ferait pas ? » (87).

Reprenant la théorie du *care* de Joan Tronto, Zielinski (2010) explique en effet que cette empathie se développe à partir de la capacité à reconnaître sa propre vulnérabilité. « C'est en reconnaissant que j'ai moi-même besoin de soins, besoin que l'on prenne soin de moi, que je deviendrai davantage capable de mettre le *care* au centre de mes préoccupations envers autrui » (p.636).

L'empathie peut alors se développer « à partir de la conscience d'un soi vulnérable » (Zielinski, 2010, p. 636) ainsi que par une compréhension presque incarnée de ce que les résident-e-s peuvent ressentir, comme en témoigne Carla, en mentionnant que les

formations avec un jeu de rôle permettent d'éprouver ce qui peut potentiellement être vécu par les résident-e-s : « Le fait de sentir, dans sa propre peau, ce que ça fait, c'est ça qui peut faire le déclic, parfois » (Carla, 131).

#### **5.2.4.3 Le non-jugement**

La nécessité de ne pas juger, afin de préserver la dignité, a été relevée par deux professionnelles. Pour Sophie, l'absence de jugement fait partie intégrante de sa définition de la dignité. « Parce que la dignité c'est... respecter qui je suis, mon authenticité, c'est m'accepter sans jugement » (Sophie, 26). Manon relève que parfois, les résident-e-s font face à des jugements provenant d'autres résident-e-s : « Parce qu'il y a cet aspect social, ce jugement social entre eux des fois (...), alors ils s'attaquent sur plein de choses et je pense que la dignité de chacun peut être attaquée » (64).

A la question de comment la dignité guide-t-elle ses actions, Manon répond : « c'est être dans un état de disponibilité et de prendre ce que le résident m'amène, sans jugement. Lui, il en est là, à ce moment-là, et on fait quoi ensemble ? En résumé c'est ça. Mais pas de jugement, surtout pas de jugement. Sinon ça bousille tout ! » (80).

#### **5.2.4.4 L'humilité**

Enfin, les professionnel-le-s ont abordé la question de l'humilité, le fait de reconnaître que chacun-e d'entre nous puisse commettre des erreurs et avoir ses propres limites. «Après on reste humain aussi, comme eux... on a aussi une limite ... (*ton amusé*). Mais je pense que c'est aussi bien de le dire et le reconnaître, parce qu'au final, eux, ils peuvent aussi des fois le comprendre » (Chloé, 103).

Ce qui semble important à leurs yeux, c'est d'en avoir conscience et d'agir : « ... parce qu'on est des humains, on commet tous des erreurs. Le tout c'est de les pointer ces erreurs » (Maria, 106). Et, comme l'évoque Tom, être en mesure et oser demander pardon: « je me suis rendu compte... de ma bêtise quoi, donc j'ai su me rattraper à la fin en disant oups pardon euh, c'était pas du tout mon intention » (105).

Dans l'intention de préserver la dignité, l'importance de rester humble est reconnue par l'ensemble des professionnel-le-s que nous avons rencontré-e-s. Elle permet, outre de développer une relation de confiance, de créer des relations symétriques, favorisant l'estime de soi ainsi que le sentiment de dignité de la personne accompagnée.

Pour clore ce chapitre, nous ne pouvons pas nous empêcher de partager cet extrait d'entretien qui illustre parfaitement cette valeur d'humilité et qui requestionne la qualité

de la relation entre accompagnant-e et accompagnée-e. Cet extrait évoque une professionnelle devant une personne âgée qu'elle accompagne dans les derniers moments de sa vie. Ou est-ce un être humain, devant un autre être humain ?

On est là, tu sais, sur cette petite pointe de l'iceberg de cette vie immense ! Et puis chaque vie, elle est incroyable. Quand on lit les histoires de vies, mais moi, à chaque fois je me dis, mais, on aurait pu écrire un livre ! A chaque fois ! Et puis, on n'est des *pas-grand-chose*. On est là. On leur donne la main, sur cette dernière petite pointe à monter. Pff... On n'est pas grand-chose. Et puis c'est très bien. C'est très, très bien. Il faut que ça reste comme ça. Par contre, eux, dans ma construction d'humaine, ils sont immenses ! Vraiment. Donc c'est pour ça que je questionne aussi : qui accompagne qui ? (Sophie, 52).

### 5.3 Les contraintes institutionnelles

Les personnes ayant participé aux entretiens travaillent au sein d'institutions. Celles-ci ont un système organisationnel basé sur des « gouvernances ». Il s'agit d'un système d'organisation avec, d'une part, des contraintes procédurales et collectives et, d'autre part, des professionnel-le-s qui doivent appliquer ces conceptions. On pourrait donc croire spontanément qu'il s'agit d'un binôme. Ce n'est évidemment pas si simple, tout d'abord car celles et ceux qui interviennent sont des êtres humains qui portent tout un passif en termes d'expériences, de parcours de vie, de traumatismes. Et la situation se complexifie encore avec un nouvel individu : le-la résident-e. Il ne s'agit donc plus d'un binôme mais plutôt d'un triangle : institution-professionnel-le-s-résident-e-s. Ce triangle vient donc bousculer le binôme auquel on avait pensé initialement. Il ajoute un degré de difficulté : la prise en compte individuelle de cet individu avec son propre parcours, ses propres blessures, ses propres habitudes, envies et capacités. Il faut donc du temps à ce trio pour s'approprier et parvenir à gérer toutes les contraintes et les *desiderata* de chacune des parties prenantes en jonglant avec les besoins collectifs, individuels et tous les possibles.

Suite à l'analyse de nos différents entretiens, il ressort une thématique liée aux « contraintes institutionnelles » et à l'impact de ces dernières sur le sentiment de dignité.

En effet, le sentiment de dignité des résident-e-s perçu par les professionnel-le-s est directement impacté par les contraintes institutionnelles. Pour les plus citées, il s'agit du manque de personnel, du manque de temps, du manque de moyens financiers, du

manque de formation et du « carcan » institutionnel lui-même formé de plusieurs éléments. Ces diverses contraintes sont reliées entre elles. Elles fonctionnent ensemble, de manière interdépendante et forment alors un système.

### **5.3.1 Le manque de personnel**

Selon les dires des personnes interviewées, les établissements de soins sont régulièrement en sous-effectif. Ce manque de personnel a été cité à plusieurs reprises tendant à souligner que les personnes en poste sont parfois à flux tendu notamment car certains postes peuvent ne pas être repourvus. Ceci est, selon les participant-e-s, à l'origine d'une surcharge de travail pour les personnes présentes devant assumer plus de tâches. Les effets de ce manque de personnel engendrent que la durée des soins puisse être insuffisante, que les délais d'attente soient plus longs et que le personnel ne puisse pas assurer des attentions individuelles.

Les résident-e-s peuvent alors avoir le sentiment d'être négligé-e-s, peu valorisé-e-s et moins dignes d'attention et de respect. Cet impact est d'ailleurs unanimement souligné par le personnel (Carla, 87 ; Manon 154 ; Magali, 53).

Cela engendre une double conséquence : d'une part, la qualité des soins, de l'écoute aux résident-e-s est péjorée et, d'autre part, le personnel se trouvant sous tension peut, de facto, « faire payer » (Manon, 154) cette sous dotation aux résident-e-s en dérivant sur d'éventuelles maltraitances ou violences douces.

Il ressort des entretiens que le personnel est souvent confronté à des horaires de travail longs et épuisants. Il est aussi précisé que c'est cette même fatigue qui peut entraîner de l'irritabilité et un manque de patience susceptibles de déclencher des interactions moins respectueuses avec les résident-e-s et donc une baisse de la qualité de leur prise en charge pouvant laisser penser aux résident-e-s qu'ils ne seraient pas dignes d'être traité-e-s correctement ou qu'ils n'en valent pas la peine. « Peut-être que la lassitude et la fatigue s'installent et puis ... les choses sont moins bien faites, ... on décline un petit peu et ... forcément, ça atteint, je trouve, la dignité de la personne » (Chloé, 45).

Il s'avère que cette fatigue récurrente pourrait avoir encore d'autres répercussions. Par exemple en étant à l'origine d'une baisse de motivation, un manque d'envie d'exercer ce métier avec humanité et respect de la dignité de l'Autre. On pourrait aller jusqu'à dire que cela serait susceptible d'ouvrir la porte à un épuisement psychologique mettant en exergue le sentiment de manque de reconnaissance du métier mentionnée par Manon

lors de l'interview (12), en quelque sorte du manque de prise en compte de la dignité... des soignant-e-s.

C'est pas forcément juste, parce que moi je prends soin des autres mais, la société prend pas soin de moi en tant que soignant et m'accuse par tous les fronts de pas faire assez de ci, trop de ça, ... je trouve c'est des choses qui remettent beaucoup en question, même ma propre dignité (Chloé, 117).

Cette notion d'humanité est abordée en France dans le rapport du mois de mai 2018 de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme [CNCDH] dans lequel il est précisé qu'il est nécessaire de « revoir la manière dont le soin est conçu et pratiqué pour lui rendre son humanité » (p.55).

### **5.3.2 Le manque de temps**

Comme mentionné ci-dessus, le manque de personnel a un impact sur le manque de temps des professionnel-le-s pour la réalisation des soins. Le manque de temps peut amener le personnel à se presser en faisant les soins, sans prendre le temps de répondre aux besoins émotionnels et sociaux des résident-e-s. Cela peut créer un sentiment de déshumanisation et de non-respect de la dignité des résident-e-s.

La charge de travail étant parfois trop importante, cela crée, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, un manque de disponibilité de l'accompagnant-e comme mentionné par Carla (87). En effet, lorsque le temps imparti est trop court, par exemple parce que les équipes ne sont pas au complet à cause d'un manque de personnel (cf. 6.3.1 : Le manque de personnel), les accompagnant-e-s vont à l'essentiel face à la multiplicité des tâches (Chloé, 24). La musicothérapeute (Amélie, 80) souligne d'ailleurs que dans de telles conditions il est impossible de personnaliser le soin à l'individu. D'autant que les sollicitations sont nombreuses, les cahiers des charges contiennent de plus en plus de tâches, impliquant de plus en plus de responsabilités (Chloé, 31) malgré le fait que le temps imparti soit toujours le même. Les cadences sont donc dures à suivre (Chloé, 45). Le manque de temps est d'ailleurs évoqué par tous-tes les interviewé-e-s quel que soit leur échelon, de l'ICUS (102-105) jusqu'à l'apprenti (117, 123).

Il existe également une autre raison qui amoindrit la disponibilité des accompagnant-e-s. Il s'agit de la multiplicité des tâches administratives à réaliser. Magali mentionne d'ailleurs que trop de temps est passé sur l'ordinateur au détriment du-de la résident-e (45). Ce manque de temps a des conséquences sur la qualité du travail. Tous-tes les interviewé-e-s s'accordent à le dire. Avec le risque précisé par Tom (123) de passer « à

côté » de son rôle principal, d'être moins efficace car trop sous stress et sous tension et de perdre en qualité d'écoute des résident-e-s (147). Ce sentiment est également partagé par Manon qui précise :

Dans le sens où les aides-soignants, ou même moi en tant qu'infirmière, je peux très bien avoir encore plus de personnes en charge et donc encore moins de temps et donc un temps d'écoute encore plus court. Ou alors faut que je le rentabilise au max mon temps d'écoute. Donc ça demande aussi une performance professionnelle, dans le sens où, si j'ai deux minutes, hein, je [ne] dois pas le faire sentir (Manon, 148).

Le temps limité a donc un effet pervers : il oblige les accompagnant-e-s à une implication encore plus forte qui ajoute encore à la surcharge de travail. L'infirmière mentionne à ce sujet que lorsque le temps est limité, il convient d'être pertinent-e et rapide, que c'est une performance de ne pas faire ressentir le manque de temps aux résident-e-s nécessitant des compétences (Manon, 148). Le manque de temps semble souvent lié au manque de personnel et à l'augmentation des charges.

### **5.3.3 Le manque de moyens financiers**

Lors des entretiens, certain-e-s interviewé-e-s ont mentionné que les contraintes budgétaires peuvent affecter la qualité des équipements, des plats servis - que les résident-e-s n'aiment pas forcément - et de l'environnement dans lequel les résident-e-s vivent, éléments qui peuvent avoir un impact sur leur dignité.

Les ressources financières limitées peuvent en effet se répercuter sur des éléments considérés comme superflus par l'institution. Pourtant, ils sont très importants pour les résident-e-s car ce sont justement ces éléments-là qui contribuent à augmenter leur image de soi, comme par exemple le fait d'aller chez le coiffeur (Manon, 124).

Mais, selon l'infirmière, ces choix budgétaires impactent également les médicaments où certains peuvent ne pas être choisis car ils ne sont pas remboursés.

Il s'avère également que les budgets alloués impactent les choix de matériel, par exemple lorsque le moins cher est choisi malgré le fait qu'il nécessite plus de temps d'installation, c'est parfois le cas des poches de sonde. Manon confirme que le temps passé à faire de la maintenance pèse sur celui alloué à l'écoute des résident-e-s (140). Les contraintes budgétaires sont également relevées par Chloé :

Je trouve que des fois ... les collaborateurs s'usent un peu dans leur travail, parce qu'il n'y a pas les ressources. Et puis on sait qu'on ne les aura peut-être jamais, parce que les budgets ne vont pas aller en s'améliorant (*sourire*), mais du coup j'ai l'impression que c'est ça, des fois, qui peut détériorer un peu ce respect finalement des valeurs propres (Chloé, 45).

Selon les personnes interviewées, il est donc clair que l'imputation des coûts impacte la qualité de l'accompagnement et par voie de conséquence le plus ou moins grand sentiment de dignité des résident-e-s perçu par les professionnel-le-s.

### **5.3.4 Le manque de formation professionnelle**

Certaines personnes interviewées s'accordent à souligner l'importance de la formation continue dans ces métiers orientés vers l'humain car ces formations sont axées sur les besoins du ou des terrains.

Certaines formations continues ciblent d'ailleurs les dirigeant-e-s. Amélie pense que, de manière générale, les managers ne sont pas des gens de terrain et que l'accent est trop porté sur la finance (86).

Les formations sont primordiales, comme le dit Manon (104, 122). Elle précise que la formation donne des critères sur l'évolution des pratiques professionnelles. Cela nous a ramenés au cours passionnant sur l'analyse de pratique travaillée avec Madame Sylvie Mezzena, Professeure associée à la HETS (*Analyse de pratique*, 2023).

A l'issue des entretiens, les personnes s'entendent à dire que les formations permettent d'élargir les compétences en savoirs disciplinaires et théoriques, d'échanger autour de leurs activités. Les personnes interviewées précisent que les formations servent aussi et surtout à rechercher et à trouver des solutions à leurs problématiques et à définir un accompagnement au plus proche des besoins des résident-e-s.

Ceci nous a ramené à l'analyse systémique d'exploration des pratiques mentionnée dans l'ouvrage d'Albin Wagener et Julien Macé (2023) *Explorer les pratiques professionnelles* (pp. 81-86) qui permet d'identifier les enjeux lors d'une situation problématique et de suivre une méthodologie prenant en compte quatre éléments que sont les valeurs partagées, les envies collectives, les zones de tolérance à surveiller et enfin les craintes à prévenir.

Lors de ces entretiens, il a donc été relevé que les formations sont vraiment très importantes car elles permettent d'acquérir les compétences nécessaires pour donner aux résident-e-s le soutien dont iels ont besoin, individuellement. Ces formations



favorisent l'inclusion, le respect de la dignité : deux éléments primordiaux qui améliorent la qualité de vie des personnes en institution et leur estime de soi.

### **5.3.5 Le « carcan » de l'organisation institutionnelle**

Pour mener à bien leurs projets d'établissement et gérer un grand nombre de personnes, tant au niveau des résident-e-s que du personnel, les institutions mettent en place une organisation où tout est protocolé, planifié, organisé. Citons par exemple les horaires et les actes réalisés, la gestion collective des individus.

Ce système laisse parfois peu de place à la prise en charge individuelle et engendre des restrictions ou des pertes de liberté des résident-e-s qui impactent leur sentiment de dignité comme le mentionne Carla (113).

Le premier élément à souligner est justement que toutes les interventions suivent un protocole établi par l'organisation institutionnelle. Magali (125) mentionne justement l'impact des horaires qui ne sont pas individualisés. Cela a pour conséquence que la majorité des résident-e-s subissent un rythme qui n'est pas forcément le leur, en tous cas pas celui qui leur convient. Cela a donc une conséquence sur leurs libertés, sur leur sentiment de liberté et sur leur sentiment de dignité.

L'organisation institutionnelle induit également des délais d'action et de réponse. Manon mentionne d'ailleurs les temps de réaction à prendre en considération lorsqu'un évènement ou un dysfonctionnement est relevé. En effet, il convient toujours de respecter les procédures en place, procédures qui prennent du temps. Les dysfonctionnements trouvent ainsi une solution souvent longtemps après leur mise en lumière.

Tout est très organisé dans les institutions : citons par exemple la répartition des ressources humaines et financières par exemple concernant le matériel utile aux personnes en situation de handicap et de vulnérabilité. Dans notre propre milieu professionnel, nous avons souvent participé à des discussions où nos collègues accompagnant-e-s se posaient la question de savoir comment étaient allouées ces ressources qui ne correspondent pas forcément aux réalités du terrain.

Dans la lourdeur institutionnelle, on peut également citer la dépendance à l'outil informatique mentionnée par Maria (26) et Magali (45), aux nouvelles technologies qui provoquent une charge administrative importante.

Doivent également être prises en considération les exigences de l'État (Maria, 28), les cadres difficiles à faire évoluer par manque de flexibilité. Tous ces éléments sont des obstacles indirects à la dignité selon Amélie (76).

L'institution représente, malgré elle, beaucoup de contraintes par les rythmes imposés - horaires notamment - et une perte de liens avec l'extérieur mentionnée par Chloé (65). Ces contraintes et obligations font que le pouvoir de décision, liberté des professionnel-le-s et des résident-e-s s'amointrissent parfois et peuvent provoquer une perte de dignité ou de sentiment de dignité.

Echanger autour de ces contraintes nous a ramené-e-s à un élément essentiel : la différence entre le travail prescrit et le travail réel, abordé notamment dans le numéro 14 de *Vie sociale* (2016). Au regard des différents entretiens menés, il semblerait que l'institution ne mesure pas forcément ce décalage. L'importance de cette dimension de travail réel a d'ailleurs été abordée par Christophe Dejours (2016) dans son ouvrage *Intelligence pratique et sagesse pratique* dans lequel il précise que dans le travail réel il y a une part de création, d'invention. Il précise également que l'intelligence pratique est enracinée dans le corps, la sollicitation de tous les sens (ouïe, odeur, toucher, visuel, inconfort) alerte le corps qui ira chercher une explication, voire une solution. Ce sont ces données perceptives qui permettront à l'accompagnant-e d'interpréter, de diagnostiquer...

## 5.4 Les pistes d'amélioration issues des entretiens

A l'issue des entretiens réalisés, il apparaît de manière globale que pour améliorer le sentiment de dignité des résident-e-s, les institutions devraient prendre des mesures pour atténuer les contraintes institutionnelles. Les idées énoncées pour atteindre cet objectif sont nombreuses. Il a été notamment suggéré l'embauche de personnel supplémentaire, l'octroi de formations continues au personnel, l'allocation de ressources adéquates, la promotion d'une gestion efficace du temps, la création d'une culture de respect, d'empathie et de compassion au sein de l'institution.

### 5.4.1 Le-la résident-e au centre du processus

L'élément qui a été le plus marquant au regard des entretiens a été cette nécessité de s'écouter soi-même, de se respecter soi-même en tant que professionnel-le pour pouvoir être correctement à l'écoute des autres et les respecter. Cette dimension semble

essentielle pour les participant-e-s. Il faut aussi vouloir aller vers l'Autre, être disposé-e et disponible pour se mettre à son écoute et être attentif-ve à son besoin, comme le précisait Magali (8). A ce propos, Eric Delassus (2009), dans l'article *Dignité du patient et dignité du soignant : une construction réciproque*, précise que la dignité existe lorsqu'il y a échange, « échange entre deux consciences, dont au moins l'une se soucie de l'autre ». Il y a aussi la dimension de vocation qui a émergé, Manon précisait qu'il existe une vocation d'aider, d'être au service de l'Autre (4), orienté vers l'Autre (18).

Une interviewée allait aussi dans ce sens et mentionnait que son propre parcours de vie a initié sa vocation et que grâce à cela, elle éprouve une grande empathie, une résonnance (Carla, 34) qui permet de donner du sens à la manière dont elle intervient auprès des résident-e-s. Christophe Dejours (2016), dans l'article *Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel*, aborde le sujet de la résonnance symbolique qui est l'ambiguïté entre les conditions concrètes de travail et le théâtre initial de l'enfance, de la souffrance. Il précise que lorsque cette résonnance symbolique est activée, cela permet à l'individu d'investir la situation, de s'impliquer, de mobiliser les processus psychiques de l'inconscient, ce qui rendra la qualité du travail meilleure. Il apparaît dans plusieurs entretiens que les parcours de vie permettent aux professionnel-le-s d'avoir un « sens de l'écoute » et un « savoir-être » prépondérant. Avec cette philosophie, le-la résident-e est au cœur des préoccupations de l'accompagnant-e et se trouve respecté-e dans sa dignité et sa liberté comme chacun-e aimerait l'être.

Cela répond en ce sens à l'idée de l'animatrice interviewée qui précisait qu'il fallait rester centré-e sur le-la résident-e (Sophie, 38) et à celle de l'infirmière qui mentionnait que son rôle était de lutter contre l'iniquité et l'injustice (Manon, 200). L'accompagnant-e et le résident-e sont donc un binôme, presque en miroir. Comme nous l'avons vu (cf. 3.2 : La dignité), Eric Fiat (2013) parle d'ailleurs de la conception relationnelle de la dignité inspirée de Hegel en mettant l'accent sur le rôle fondamental exercé par autrui dans l'accès à sa propre dignité. En effet il précise que pour qu'une personne soit consciente d'être porteuse de dignité cela nécessite que les autres détectent cette même dignité, c'est la notion de reconnaissance hégélienne : la reconnaissance ne fait pas la dignité mais elle l'accomplit, elle réalise la dignité.

Comme le précise E. Delassus (2009) dans l'article *Dignité du patient et dignité du soignant : une construction réciproque*, la souffrance du patient provient d'une rupture de sens qui met sa dignité en péril, plus précisément le-la soignant-e doit voir en face de

lui-elle un sujet toujours singulier à considérer dans sa singularité et donner un sens à l'acte.

L'accompagnant-e doit impulser la volonté, le désir, le pouvoir d'agir du-de la résident-e, créer du lien. Sophie (54) allait dans ce sens en disant qu'il faut permettre aux résident-e-s d'être acteurs-trices de la vie institutionnelle, de faire des choix. Le-la résident-e se sentira mis en valeur, respecté-e et digne.

L'accompagnant-e doit être aussi conscient-e de ses limites et, comme le disait Maria dans l'interview, il-elle doit avoir de grandes capacités d'adaptation. Il-elle doit aussi avoir de grandes capacités créatrices et avoir envie, ceci est d'ailleurs évoqué par Sophie (44):

Oser des choses nouvelles, pour le bien du résident. Il faut oser, quoi ! ... oser quelque chose qui est atypique, pour le bien du résident .... Et puis, il faut ouvrir nos portes, il faut essayer, il faut que... un EMS reste un laboratoire, aussi. Peut-être un laboratoire de la dignité !

#### **5.4.2 Les formations continues**

Une autre piste d'amélioration est apparue lors des entretiens. Il s'agit des formations continues pour les professionnel-le-s. Les formations sont très importantes, notamment pour rester à l'écoute des évolutions, mais également pour (re)connaître les bons gestes, les bonnes pratiques.

Il existe une pluralité de formations utiles au bon accompagnement, notamment relatives à la dignité, la vulnérabilité, la communication verbale, non-verbale. Ces formations sont primordiales selon Amélie (94). Chloé, quant à elle, mentionnait l'importance de la formation concernant la maltraitance (18).

Ces formations aident les accompagnant-e-s à utiliser les bonnes pratiques afin de ne pas prendre de mauvaises habitudes et les sensibilisent pour être à l'écoute de l'Autre. A ce sujet, Tom précise d'ailleurs que les bonnes pratiques doivent être appliquées par les professionnel-le-s car elles sont utiles pour que le-la résident-e garde sa dignité (87).

Lors de nos cours, les formations comme l'approche centrée sur la solution ou la médiation ont été mentionnées par exemple pour pouvoir désamorcer un conflit, tout comme la formation concernant le pouvoir d'agir. Comme précisé précédemment, il est primordial que le résident-e soit au centre des préoccupations, l'accompagnant-e peut

donc apprendre, grâce aux formations, comment lui laisser, voire lui donner du pouvoir d'agir. Dans certaines unités, la formation est incontournable, comme l'a précisé l'infirmière travaillant en psychiatrie (Manon, 46), pour être apte à comprendre et à agir auprès de ce public. Carla souligne l'importance et la nécessité des formations faisant appel aux jeux de rôle, car elles permettent de se mettre dans la peau de l'autre pour comprendre (131).

### **5.4.3 La communication entre collègues et l'inter/pluridisciplinarité**

La communication va aussi au-delà de l'accompagnant-e / accompagné-e, elle doit aussi s'étendre entre collègues, ce qui permettra de mieux connaître et comprendre leur travail, et dans les relations développées entre les disciplines : approche interdisciplinaire c'est-à-dire dans l'interaction et aussi pluridisciplinaire où les différences se rencontrent et « s'apportent » réciproquement les unes aux autres. Christophe Dejours (2016) mentionne que les intelligences doivent être coordonnées, que l'intelligence pratique « Mètis » - qui dans la mythologie grecque archaïque est la fille d'Océan et de Téthys, personnification de la sagesse et de l'intelligence rusée - ne suffit plus pour analyser une situation : il faut avoir recours à la sagesse pratique « phronèsis » - prudence, sagesse - c'est-à-dire discuter autour d'une décision, stabiliser ou rejeter des décisions de l'intelligence pratique.

Une des pistes d'amélioration est notamment la qualité de la communication et du partage de l'information. En effet, une information peut sembler anodine pour une personne mais sera au contraire très utile pour une autre. Magali (161) mentionne par ailleurs combien le partage d'informations interdisciplinaires et pluridisciplinaires est primordial. Les transmissions d'informations sont essentielles pour améliorer la qualité de l'accompagnement. Sophie (56) mentionne d'ailleurs que la transparence est primordiale dans toutes les activités.

Les colloques permettent eux aussi d'amener des pistes d'amélioration. Tom mentionnait d'ailleurs que les colloques étaient utiles car ce sont des lieux d'expression où l'on peut dire ce qui va mais aussi ce qui ne va pas (159). L'ouvrage de Manon Masse et Geneviève Petitpierre (2011) *La maltraitance en institution*, aborde d'ailleurs le « microsystème » c'est-à-dire la collaboration entre les professionnel-le-s et l'importance du travail en équipe car ce facteur de collaboration peut être soit un « catalyseur lorsqu'il dysfonctionne » soit un « facteur de protection » (p. 132).

#### **5.4.4 Les ajustements nécessaires de l'institution**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'institution doit parfois revoir certaines de ses positions. Selon Michel Bauer (2005), il est nécessaire de prendre soin du personnel pour que lui-même soit en mesure de prendre soin, à son tour, des personnes accompagnées. Lors de son interview, Maria (116) mentionne d'ailleurs que l'institution est responsable de l'épanouissement du personnel, tout comme Chloé qui ajoute que l'institution a une responsabilité envers ses collaborateurs-trices. Il apparaît qu'un-e accompagnant-e bien dans sa peau, qui se respecte lui-elle-même sera plus à même d'accomplir son travail dans le respect et la dignité du-de la résident-e.

Le rôle de l'institution n'est donc pas seulement d'être un socle de planifications, d'horaires, de procédures. Sa responsabilité serait surtout d'insuffler des valeurs d'humanité aux équipes. Ces valeurs seront instigatrices de bienveillance et de bientraitance au sein des équipes et donc au cœur de l'accompagnement des résident-e-s. Amélie, dans son interview, ajoute d'ailleurs une notion de temps à cette approche en précisant que l'institution « doit avoir un bon équilibre : pour que les personnes prennent le temps de faire bien leur travail » (42). Car en ayant plus de temps il y a plus de respect de la dignité. Sophie (46) précise pour sa part que l'institution devait être garante de la dignité. En outre, comme nous le disions au départ, il faudrait garder l'idée du-de la résident-e comme élément central : l'idéal serait de placer les résident-e-s au centre des choix institutionnels.

### **5.5 Dignité des personnes âgées en institution. Qui en porte la responsabilité ?**

Ce qui ressort fortement de ce travail de recherche, c'est que, comme le souligne Eric Fiat dans sa conférence, autrui a un rôle fondamental à jouer et il ne suffit pas de dire que « tous les hommes sont porteurs de la dignité ». Nous accompagnons des êtres humains qui ont une dignité intrinsèque certes inaliénable, mais qui peuvent perdre leur sentiment de dignité s'ils ne peuvent l'éprouver au travers du regard, des gestes, des paroles, de l'attention de ceux et celles qui les accompagnent au quotidien.

Afin que les personnes âgées puissent bénéficier pleinement et de manière effective de ce droit, il apparaît une responsabilité tant pour les professionnel-le-s que pour l'institution. Mais qui peut porter cette responsabilité et comment est-elle répartie ?

Selon Manon, la responsabilité de l'institution « elle est grande ! Elle est immense ! Elle [l'institution] a beaucoup d'aspects à travailler. Que ce soit... pour le recrutement,

formation, ... nombre de personnes, offre générale » (176). Les professionnel-le-s porteraient alors la responsabilité pour pallier certains manques, faire avec ces contraintes institutionnelles au quotidien, comme l'évoque Sophie (30) :

Si j'ai moins de temps, moins de personnel, comment est-ce que je pose la main sur l'épaule ? Comment est-ce que j'interpelle la personne ? ..., dans le moindre geste il faut qu'on essaie de mettre le plus de conscience possible. Parce que ce temps-là de la vie, il a besoin d'être soigné, vraiment, le plus possible.

Les professionnel-le-s que nous avons interrogé-e-s ont conscience qu'une partie de cette responsabilité leur incombe, comme nous le partage Manon : « C'est nous qui amenons le regard.... On est en première ligne, quand-même ! » (70). Fabrice Gzil (2017) relève en effet que les professionnel-le-s sont « les premiers garants, les premières vigies, les premiers défenseurs de l'inaliénable dignité des personnes en difficulté cognitive » (p. 14).

Il incomberait donc aux professionnel-le-s d'œuvrer en faveur de la dignité, tout en donnant du sens aux actions. Comme l'évoque Carla : « Pour moi cela n'est pas parce que c'est écrit que l'on doit faire. Il faut quand même avoir un raisonnement derrière » (83). Comme nous le rappelle Sophie « on doit tendre à être garant de ça [préserver la dignité]. Et puis peut-être que nous, les animateurs, on doit être les emmerdeurs qui ramèneront sans cesse ça au colloque ! Je pense que c'est notre job ! » (Sophie, 46).

Pour conclure sur la question de la responsabilité, Brigitte Bouquet (2009) invite les travailleurs sociaux et travailleuses sociales à « poser une délimitation au-delà de laquelle la responsabilité n'appartient plus au professionnel, mais aux institutions et aux politiques » (p. 50). Elle va encore plus loin en précisant que les professionnel-le-s doivent donc pouvoir exiger le cadre de travail adéquat, les moyens suffisants et la reconnaissance nécessaire afin de pouvoir accomplir leur mission.

## **5.6 Liens avec les hypothèses de départ**

Dans cette partie, nous reprendrons nos trois hypothèses de départ et tenterons d'expliquer en quoi elles se précisent ou se nuancent.

***H1) Le manque de temps et de moyens à disposition a un impact considérable sur la qualité de l'accompagnement des résident-e-s.***

Cette hypothèse a été partiellement vérifiée à la suite de l'analyse des entretiens. Ce qui nous oblige à la décomposer en deux parties.

Premièrement, concernant le manque de temps, notre hypothèse a été globalement vérifiée par l'analyse des entretiens.

A un moment ou à un autre, les personnes interviewées ont témoigné que le manque de temps impactait de manière importante la qualité d'accompagnement. Ont été cités, par exemple, la difficulté à personnaliser le soin (Amélie, 80), le risque de perdre la qualité d'écoute (Tom, 147).

Il est ressorti de manière prégnante dans les entretiens que le manque de temps ne peut pas être traité indépendamment d'autres facteurs. Il est une conséquence d'autres problématiques relevées par les professionnel-le-s, tels que le manque de personnel et la charge de travail trop importante (cf. 6.3.2 : Le manque de temps).

Deuxièmement, le manque de moyens a été très peu abordé par les professionnel-le-s. En effet, il ne ressort pas de manière prépondérante que le manque de moyens impacte considérablement sur la qualité de l'accompagnement. Nous avons relevé que le personnel semblait moins sensible au manque de moyens qu'au manque de temps.

Il a cependant été abordé par l'infirmière Manon qui a témoigné que le manque de moyens avait un impact direct sur la qualité de ses soins. Elle donne pour exemple le manque de matériel de soins, ou un matériel de moins bonne qualité (cf. 6.3.3 : Le manque de moyens financiers).

***H2) Le déficit de formation à l'accompagnement des personnes est aussi un facteur très impactant.***

Quand nous avons demandé au personnel quelles seraient les pistes d'amélioration possibles en vue pour préserver le sentiment de dignité, à notre grande surprise, seule la moitié du personnel interviewé s'est accordée à dire que la formation est d'une importance capitale pour offrir un accompagnement de qualité, notamment en qui concerne la sécurité des résident-e-s sans omettre le développement de compétences



relationnelles (empathie, écoute, soutien). Nous avons ressenti, par l'intensité avec laquelle ce sujet était abordé, que ces personnes étaient en accord et adhéraient totalement à notre hypothèse.

Plusieurs types de formations ont été abordés, incluant des pratiques réflexives, des sensibilisations et des formations par jeux de rôle. Ces dernières ont semblé être plus marquantes. Ces témoignages nous ont ouvert les yeux sur la diversité de formes que peuvent prendre ces formations.

L'autre moitié du personnel interviewé n'a pas abordé le sujet de la formation. En référence à ce que nous ont partagé les professionnel-le-s, cette hypothèse n'est donc que partiellement vérifiée.

***H3) Les savoirs acquis par l'expérience et la formation permettent d'ajuster sa posture professionnelle afin d'agir de façon consciente et adéquate pour atténuer l'atteinte à la dignité.***

Notre grille d'entretien ne contenait pas une liste exhaustive de questions mais était composée de questions suffisamment ouvertes pour laisser place à l'échange. Il nous a fallu relire l'ensemble des entretiens avec un regard plus méta ainsi que nous pencher sur des situations spécifiques, afin de pouvoir extraire des éléments de réponses pour vérifier cette hypothèse.

Chloé nous a partagé une expérience marquante dans l'accompagnement des personnes âgées. Elle a évoqué le terme de maltraitance qu'aurait subi une résidente lors d'une situation spécifique. « Et j'ai trouvé ça assez horrible, au niveau maltraitance, je me suis... j'avais de la peine à me regarder en face après » (Chloé, 35). Dans son cas, le savoir acquis par l'expérience a été formateur et lui a permis de prendre du recul sur une situation pour pouvoir ajuster sa pratique.

Deux personnes nous ont évoqué la force des formations qui permettent de nous mettre dans la peau d'un-e résident-e afin de prendre conscience par l'éprouvé de ce que peuvent vivre les personnes dans certaines situations. Elles ont témoigné que ces expériences permettent d'agir de manière à préserver la dignité des personnes accompagnées.

Ces trois personnes ont fait apparaître, dans leur discours, leur volonté de se mettre à la place de l'autre pour ajuster leurs actions au plus près des besoins de la personne

accompagnée. « J'essaye au maximum de me mettre à leur place. De me dire, et si moi j'étais dans cette situation, qu'est-ce qui serait important » (Chloé 79).

Dans le discours des professionnel-le-s il apparait donc que les expériences et les formations ont été propices à un ajustement de leur posture, afin d'accompagner les personnes en veillant à ne pas porter atteinte à leur sentiment de dignité.

## 6. CONCLUSION

### 6.1 Synthèse

Par le biais de ce travail de recherche, nous souhaitons comprendre comment les diverses contraintes institutionnelles - qu'elles soient liées au budget, au manque de personnel, à l'organisation ou encore à la collectivité - impactent le sentiment de dignité des personnes âgées en situation de vulnérabilité, en institution. Il s'agissait donc dans un premier temps de saisir comment les professionnel-le-s définissaient et concevaient la notion de dignité.

Nous avons émis l'hypothèse que ces contraintes institutionnelles impactaient considérablement la qualité d'accompagnement et nous imaginions que deux facteurs étaient les plus marquants : le manque de temps et le manque de moyens à disposition. Nous pensions que le manque de formation était également un facteur majeur de l'atteinte à la dignité des personnes accompagnées. Aussi, nous avons émis l'hypothèse que les professionnel-le-s, par leurs expériences ainsi que les formations reçues, étaient en mesure d'ajuster leur posture professionnelle afin d'accompagner les personnes dans le respect de leur dignité.

Nous avons mené des entretiens auprès de huit professionnel-le-s du domaine de l'accompagnement dans une institution genevoise accueillant des personnes âgées.

Il ressort tout d'abord de l'analyse des entretiens que si les professionnel-le-s reconnaissent la valeur intrinsèque de la dignité, ils ou elles donnent une importance particulière à sa conception relationnelle. La dignité est alors définie par l'ensemble des professionnel-le-s comme étant fondamentalement liée au respect. Qu'il s'agisse du respect des droits, de la liberté, de l'autodétermination, du pouvoir d'agir, des choix, de l'intimité, de l'intégrité, toutes et tous s'accordent sur le fait que ce profond respect de la dignité nécessite de leur accorder du temps, d'être à l'écoute, de donner de l'attention, de porter sur les personnes accompagnées un regard valorisant et bienveillant.

Il ressort également des entretiens que les contraintes ont un impact important. Les plus nommées ont été : le manque de temps, le manque d'effectif, la charge de travail trop importante, les horaires insuffisamment aménagés, l'organisation entraînant un enchaînement des activités permettant peu de marge de manœuvre. Le manque de moyens que nous imaginions comme un élément primordial a été abordé sous l'angle de manque de moyens financiers alloués à l'embauche de personnel supplémentaire.

Ce qui est le plus prégnant sur le lieu de notre recherche est le manque de temps à disposition des professionnel-le-s. Ce manque de temps est la conséquence d'autres facteurs tels que le manque de budget qui impacte directement l'effectif à disposition et augmente par conséquent la charge de travail de l'accompagnant-e. Le temps imparti pour exécuter les tâches dans le domaine de l'accompagnement à la personne est donc moindre. Ce temps tellement précieux est nécessaire à la relation d'aide, d'accompagnement ou de soin. Ce temps qui permet, conformément aux vertus de l'éthique du *care*, l'écoute attentive des besoins et l'attention à l'autre, semble donc manquer considérablement.

Face à ce manque de temps, les professionnel-le-s témoignent devoir développer davantage de compétences relationnelles : être à l'écoute, mettre de l'attention à...., amener de la conscience dans le moindre acte d'accompagnement. Ils-elles doivent mettre beaucoup plus de réflexion dans leur façon de travailler afin d'optimiser ce temps au maximum. Ils-elles démontrent alors un investissement personnel conséquent pour que les résident-e-s ne pâtissent pas de cette problématique.

Les professionnel-le-s ont effectivement besoin de temps pour offrir un accompagnement de qualité. Cette notion de temps à disposition est primordiale pour leur permettre d'être à l'écoute des résident-e-s afin que ces derniers ou ces dernières puissent se sentir vivant-e-s et dignes. Sophie (32) nous invite à être particulièrement attentifs et attentives à leurs besoins d'écoute et d'attention :

Ils n'ont pas besoin qu'on les emmène sur la lune ou faire un saut en parachute, ils ont besoin de temps. Déjà pour exprimer ce qu'ils ont encore à exprimer, se sentir écoutés, se sentir accompagnés. Et là, les équipes d'animation elles ne sont pas assez nombreuses, ici, ailleurs.

Si les compétences relationnelles ont été évoquées par tous-tes les professionnel-le-s interviewé-e-s, certain-e-s ont mentionné que la formation était indispensable à leur développement en vue de la préservation de la dignité des personnes. Ces formations agissent comme un « déclic », elles favorisent une « prise de conscience », un recul, un « questionnement » sur sa pratique, une sensibilisation à certaines manières d'agir.

Il s'avère donc que les professionnel-le-s portent une grande partie de la charge de garantir le sentiment de dignité des personnes qu'ils ou elles accompagnent au quotidien, conscient-e-s d'être « en première ligne ».

Malgré le manque de temps à disposition, ils ou elles mettent alors en œuvre diverses stratégies pour maintenir le sentiment de dignité, en offrant une attention et une écoute plus accrues. Mais cela n'est pas sans conséquences : fatigue ou lassitude de devoir pallier le manque d'effectif peuvent s'installer. L'institution devrait être informée mais également chercher à s'informer de cet état de fait pour prendre pleinement conscience de sa propre responsabilité en tant que structure donnant le cadre et les moyens, tant en termes de temps, d'effectif, de formation, aux équipes pour mener à bien leur mission. C'est une belle image que de se rendre compte que l'institution et les professionnel-le-s doivent donc œuvrer main dans la main et en symbiose en quête de la préservation de la dignité des personnes accueillies et accompagnées au quotidien.

## 6.2 Apports et limites de notre travail de recherche

Notre intention de départ était d'interroger au moins deux résident-e-s, justement pour pouvoir placer ces résident-e-s au centre du processus et d'avoir leurs propres perceptions et ressentis. Nous avons cité comme obstacle au sentiment de dignité le manque de temps... Manque de temps dont nous avons nous-mêmes été victimes et qui a fait que nous n'ayons pas pu interviewer ces résident-e-s. Nous pourrions penser que la boucle est bouclée... mais non, car cet élément est plutôt frustrant et nous renvoie aux limites de notre travail. Fort heureusement cela a aussi des aspects positifs, cela ouvre aussi des perspectives pour le futur et nous pousse à nous questionner, à nous demander quels seraient les outils utiles qui nous permettraient d'aller plus loin, d'établir des entretiens avec les résident-e-s malgré leurs éventuelles difficultés d'expression verbale, d'avoir un regard croisé avec eux-elles.

Même si nous avons eu une petite part de frustration, ce travail nous a permis d'élargir notre vision, d'aller à la rencontre du vécu des professionnel-le-s. A la suite de ce travail de Bachelor nous formulerions notre question de départ différemment, à savoir : Comment est-ce que les professionnel-le-s s'adaptent au quotidien pour préserver le sentiment de dignité des personnes âgées, prenant en considération les contraintes d'aujourd'hui ?

Notre regard quant à notre question de départ est désormais plus nuancé car nous avons évolué dans nos convictions grâce aux diverses analyses recueillies. Il apparaît en effet clairement que chaque intervenant-e met en place une stratégie individuelle et réagit aux situations avec une posture, une sensibilité, un parcours de vie qui lui est propre.

Face au sentiment de dignité, chacun-e a une relation particulière et individuelle. Certain-e-s vont prôner la formation pour pouvoir progresser, d'autres vont être plus sensibles au fait qu'il faudrait plus de personnel. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : chaque accompagnant-e « gère » en fonction de sa sensibilité, de sa relation à l'Autre, de ses qualités, de ses ressentis intrinsèques et de ce qu'il a envie de mettre en place en fonction de ses priorités.

Nous soulignons que nous ne stigmatisons pas des personnes individuelles dans leurs manquements ou leurs défauts. C'est en fait un ensemble d'éléments contextuels qui engendrent l'imperfection et nous nous demandons d'ailleurs s'il est possible de les faire se rencontrer et converger. Nous nous questionnons par exemple à savoir s'il est possible d'associer les différentes visions : celle du directeur ou de la directrice d'institution, du ou de la manager, du ou de la responsable financier-ère, du personnel d'accompagnement, des résident-e-s et de trouver un terrain commun privilégiant le *care*, la préservation de la dignité, la vision humaniste primordiale et indispensable, grâce à laquelle s'établit une relation de confiance soignant-soigné favorisant le respect de la dignité.

Nous étions conscients que lors des entretiens, nous aurions pu être confronté-e-s à des situations délicates notamment au sujet d'actes de maltraitance ou de violence qui auraient pu être rapportés par les professionnel-le-s. Cela nous aurait demandé de nous positionner et prendre nos responsabilités afin d'agir dans l'intérêt des personnes accompagnées. Nous étions prêt-e-s à cette éventualité et nous avons conscience que, en cas de nécessité, nous pouvions nous appuyer sur des instances de soutien, tel que le Conseil d'éthique.

L'un-e de nous ayant un lien avec les institutions et une position hiérarchique avec certaines personnes interviewées, nous sommes conscient-e-s que cela puisse avoir induit un biais dans la recherche. Il se peut en effet que les personnes ne se soient pas senties totalement libres de s'exprimer avec autant d'authenticité qu'elles l'auraient fait dans un contexte différent. Inversement, nous pourrions supposer que, une relation de confiance étant déjà établie, les personnes se sont confiées plus facilement. Il est alors difficile d'évaluer l'impact réel de ce biais sur le discours des participant-e-s. Nous n'avons toutefois pas ressenti de frein, de retenue ou de gêne durant les entretiens.

### 6.3 Apport pour le travail social et la posture professionnelle

Le thème de notre recherche nous semble être au cœur des valeurs fondamentales et humanistes du travail social. En effet, la dignité, considérée comme étant « la valeur des valeurs » (Bouquet, 2017, p. 44), est centrale à nos préoccupations en tant que travailleur ou travailleuse social-e.

Dans un contexte économique et politique aux préoccupations d'efficience, les travailleurs sociaux et travailleuses sociales ont pour mission de veiller au maintien de ces valeurs. En effet, selon le code de déontologie du travail social ils ou elles « fondent leur action sur le respect de la dignité inhérente à chaque personne et sur le respect des droits qui en découlent » (Avenir social, 2010, p. 9).

Cette recherche nous a permis de mettre en lumière et de conscientiser les déviances potentiellement présentes dans nos institutions. La prévention des violences douces, la préservation et le respect de la dignité est un véritable enjeu du travail social, un enjeu également sociétal de la naissance d'un individu jusqu'à sa mort.

Nous avons vu que le « Long life learning », autrement dit la formation tout au long de la vie est une des pistes d'amélioration permettant aux travailleurs sociaux-ales de parfaire leurs connaissances, leur savoir-faire. Parallèlement, nous souhaitons aussi souligner combien les savoirs expérientiels sont prépondérants en termes d'apports au quotidien.

Nous pensons, en premier lieu, aux savoirs expérientiels issus de nos expériences de vies qui ont parfois changé nos cœurs, changé notre être et qui ont justement forgé notre savoir-être. Nous entendons par là tous les savoirs expérientiels acquis grâce à nos parcours de vie atypiques, grâce aux expériences que nous avons vécues, subies, dépassées. Manon (56) disait à ce sujet que la dignité change avec l'âge, l'expérience de vie, que l'expérience est toujours constructive (48). Magali (69) soulignait que l'on devait aussi reconnaître l'expérience de vie qui nous apprend des choses.

Il s'agit bien ici de prendre en considération les savoirs expérientiels de l'accompagnant-e mais aussi ceux de l'accompagné-e ce qui ajoute encore une dimension à l'action car ces deux savoirs expérientiels vont se rencontrer et s'apporter mutuellement des richesses.

Nous pensons, dans un second temps, aux savoirs expérientiels acquis en exerçant son métier de travailleur-euse social-e au quotidien, au cours de tous ces jours où il convient d'apporter un accompagnement personnalisé et non stéréotypé à une population vulnérable, lors de toutes ces situations où l'on doit aller puiser dans nos capacités d'adaptation citées par Maria comme piste d'amélioration (100).

Ces savoirs expérientiels sont aussi très importants car ils apportent aux accompagnant-e-s une forme de reconnaissance, reconnaissance qui leur est accordée par leurs pairs et qui, par conséquent, ajoute grandement à sa valeur. Le savoir expérientiel n'est donc en rien une banalité, bien au contraire il est la pierre angulaire qui permet de toujours mieux faire, de soi-même progresser dans son expertise et d'aider les autres à progresser également et à ancrer leur expertise dans les actions qu'ils ou elles mènent au quotidien.

Les stratégies mises en place par les professionnel-le-s pour préserver la dignité des personnes accompagnées en institution sont-elles identiques en d'autres lieux ? Notre travail de recherche s'est porté sur des institutions accueillant des personnes âgées, et comme l'a très justement évoqué l'une des personnes interviewées, « Un EMS reste un laboratoire, aussi. Peut-être un laboratoire de la dignité ! » (Sophie 44). Il serait alors intéressant d'explorer si les résultats de cette recherche, à l'image de ce « laboratoire de la dignité », pourraient s'étendre à d'autres contextes institutionnels accueillant d'autres types de population, comme celui du handicap, par exemple.

Cette recherche nous a également renvoyé-e-s à notre propre parcours, à notre propre vieillesse et nous a aidé-e-s à percevoir ce que l'on voudrait ou pas pour soi... et pour l'Autre justement.

Le fait de se mettre à la place de l'Autre permet de le traiter comme on aimerait l'être, penser à respecter sa dignité comme si elle était sienne permet de rester focus sur l'équité et la notion du juste. « Ne pas faire aux autres ce que l'on ne veut pas que l'on fasse à soit même » comme le dit l'adage. Comme l'évoque Eric Delassus (2013), « pour reprendre une formule empruntée à Paul Ricoeur, être digne c'est se considérer « soi-même comme un autre » afin de mieux traiter l'autre comme un autre soi-même » (p.10). Finalement la dignité serait-elle une essence que l'on « reconnaît » à autrui tout simplement en le considérant, en le regardant, en lui accordant de l'attention bienveillante ?

Merci de votre attention.



## Liste des références

- Bauer, M. (2005). Le respect de la personne âgée dépendante en institution. *VST - Vie sociale et traitements*, 2 (86), 116-134.  
<https://doi.org/10.3917/vst.086.0116>
- Bec, C. (2013). Usages et mésusages de la notion de dignité. In, Association provençale pour la recherche en histoire du travail social (Éd.), *Institutions, acteurs et pratiques dans l'histoire du travail social*. 37-51. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.apreh.2013.01.0037>
- Avenir social. (2010). *Code de déontologie du travail social en Suisse*.  
[https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Web\\_SCR\\_Berufskodex\\_Fr\\_A5\\_db\\_221020.pdf](https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Web_SCR_Berufskodex_Fr_A5_db_221020.pdf)
- Boni, T. (2006). La dignité de la personne humaine : De l'intégrité du corps et de la lutte pour la reconnaissance. *Diogène*, 215, 65-76.  
<https://doi.org/10.3917/dio.215.0065>
- Bouquet, B. (2017). *Ethique et travail social : une recherche de sens*. Dunod.
- Fegems. (2009, 12 mars). Charte éthique de la Fegems (éd. rev.).  
<https://www.fegems.ch/wp-content/uploads/CharteEthiqueFegemsVersionOfficielle.pdf>
- Commission nationale consultative des droits de l'Homme. (2018, 22 mai). *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux*.  
[https://www.cncdh.fr/sites/default/files/2021-04/180522\\_Avis%20Maltraitances%20système%20de%20santé%20pour%20impression\\_0.pdf](https://www.cncdh.fr/sites/default/files/2021-04/180522_Avis%20Maltraitances%20système%20de%20santé%20pour%20impression_0.pdf)
- Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101 ; état le 1er janvier 2021).
- Crône, P. (2017). *Animer avec Humanitude, l'animation dans les établissements d'accueil des personnes fragilisées*. Elsevier Masson.
- Dejours, C. (2016). Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel (1993). In, C. Dejours, *Situations du travail* (pp. 173-193). Presses Universitaires de France.
- Delassus, E. (2009, 3 juillet). Dignité du patient et dignité du soignant : une construction réciproque. <http://cogitations.free.fr/wp-content/la-dignite.pdf>
- Delassus, E. (2013). *Peut-on perdre sa dignité ?* [https://. hal.science/hal-00796705/document](https://hal.science/hal-00796705/document)

- Dell'Accio, E. (2014). La valeur de la vie finissante et la place de la personne âgée dans la décision. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 119, 67-77. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.119.0067>
- Demard, J. (2013). Institutions : contraintes et créativité. *Empan*, 89, 55-63. <https://doi.org/10.3917/empa.089.0055>
- Doat, D., & Rizzerio, L. (2020). *Accueillir la vulnérabilité: Approches pratiques et questions philosophiques*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.doat.2020.01>
- Durual, A. & Perrard, P. (2018). Vivre le quotidien en institution. *Cliniques*, 16, 184-197. <https://doi.org/10.3917/clini.016.0184>
- Fiat, É. (2008). Les politiques de la vieillesse face aux questions éthiques. *Recherche en soins infirmiers*, 94, 56-62. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0056>
- Fiat É. (2013, 14 janvier). Espace Ethique. *La dignité : conception relationnelle 5/6* [Vidéo]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=IOaHi9kZ\\_Eg](https://www.youtube.com/watch?v=IOaHi9kZ_Eg)
- Fleury, C. (2020). *Ci-gît l'amer. Guérir du ressentiment*. Collection Blanche. Gallimard
- Gineste, Y., Marescotti, R. & Pellissier, J. (2008). L'humanité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 94, 42-55. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0042>
- Gzil, F. (2017). Maladie d'Alzheimer et droits de l'Homme. *Gérontologie et société*, 39(154), 9-17. <https://doi.org/10.3917/gs1.154.0009>
- Henzi, C. (2020). L'art de conjuguer dépendance et dignité en Établissement Médico-Social. *Écrire le social*, 2, 18-31. <https://doi.org/10.3917/esra.002.0019>
- Lacôte, L. (2022). Vulnérabilités et dignité individuelle : investissement relationnel et stratégies de maintien. *Sociétés*, 158, 111-122. <https://doi.org/10.3917/soc.158.0123>
- Masse, M., Petitpierre, G. (2011). *La maltraitance en institution*. Editions IES.
- Mesure, S. (2017). Dignité et société. Approche sociologique et critique. *Raisons politiques*, 66, 211-224. <https://doi.org/10.3917/rai.066.0211>
- Merlier, P. (2013). *Philosophie et éthique en travail social*. Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/philosophie-et-ethique-en-travail-social--9782810901326-page-87.htm>
- Moguen-Boudet, N., Courtois, S., & Mate, M. (2003). Maltraitance des personnes âgées et communication. *Empan*, n°52 134-138. <https://doi.org/10.3917/empa.052.0134>
- Molinier, P. (2016). De la civilisation du travail à la société du *care*. *Vie sociale*, 14, 127-140. <https://doi.org/10.3917/vsoc.162.0127>
- Molinier P., Paperman P., & Laugier S. (2021). *Qu'est-ce que le care ?* Editions Payot & Rivages.

- Muders, S., Baumann, H. (2020). Dignité humaine. In J.-M. Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder, U. Tecklenburg (dir.). *Dictionnaire de politique sociale suisse*. Éditions Seismo. <https://doi.org/10.33058/seismo.2072>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 13 juin). *Maltraitance des personnes âgées*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people#:~:text=La%20maltraitance%20des%20personnes%20âgées%20consiste%20en%20un,pour%20la%20personne%20âgée%20qui%20en%20est%20victime>.
- Paperman, P. (2010). Éthique du *care* : un changement de regard sur la vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 33(133), 51-61. <https://doi.org/10.3917/gs.133.0051>
- Pellissier, J. (2021). *Ces troubles qui nous troublent*. Edition Erès
- République du canton de Genève. (2020, 17 septembre). *Liste des Etablissements médico-sociaux (EMS)*. (Version du 19 janvier 2024) <https://www.ge.ch/document/liste-etablissements-medico-sociaux-ems>
- Talpin, J. (2011). Penser le vieillissement. Entre pathologie et création. *Études*, 415, 43-53. <https://doi.org/10.3917/etu.4151.0043>
- Vernet, A., Boutet, C., Aubert, J., Vaillant, C., Agboli, K., Le Cleach, Y., & Morais, S. (2016). Le respect de la dignité de la personne humaine. Précisions sémantiques et conceptuelles à propos de cet impératif catégorique. *L'information psychiatrique*, 92, 231-240. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1465>
- Wagener A., Macé J. (2023). *Explorer les pratiques professionnelles*. Editions IES.
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du *care*: Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413, 631-641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Préparation de la grille d'entretien

Pascal ROSSI et Christel MEUNIER – TB - DIGNITE

#### Grille d'entretien

Les thématiques	Les questions que l'on se pose pour mener la recherche	Question de mises en situation. (Pour l'entretien)
Définition de la dignité	Quelle <b>définition</b> ont les professionnel-le-s de la dignité ?	Comment définissez-vous la dignité ?
Conception de la dignité	<b>Se questionnent-ils</b> sur la question de dignité au sein de leur travail ?	Quelle idée de la dignité en institution avez-vous ?
Conception de la dignité	Comprendre comment les personnes <b>conçoivent</b> la dignité ? Et plus particulièrement celle des personnes âgées en institution ?	Peut-on perdre sa dignité ? Pourquoi ? Pensez-vous que les résidents peuvent perdre leur dignité en EMS ?
Cadre légal/institutionnel	Savoir si les professionnel-le-s sont au clair avec l'existence des différents documents sur lesquels ils ou elles peuvent s'appuyer. <b>Ont-ils-elles connaissance et conscience des règlements ?</b>	Avez-vous conscience de l'existence d'un cadre légal à ce sujet ? Existence d'une charte, code déontologique, règlement interne ?
Vie institutionnelle	Est-ce que l'institution n' <b>entrave (porter atteinte)</b> pas la dignité ?	Pensez-vous que la dignité soit compatible avec la vie en institution ? Pourquoi ?
Rôle, responsabilité	Quel est le <b>niveau de conscience</b> des professionnels par rapport à la dignité	L'accompagnant a-t-il un rôle (et responsabilité ?) dans la préservation de la dignité en institution ?
Le prendre soin / Care	Est-ce que les professionnels différencient le soin du " <b>prendre soins</b> ". Intègrent-ils la notion la dimension psycho-socio-affective ?	Pour vous : qu'est-ce que "prendre" soin d'une personne ?
Pratiques AVQ	Comment la dignité se traduit-elle dans la <b>pratique</b> des professionnels au quotidien ?	Comment/ en quoi la question de la dignité guide-t-elle vos actions auprès des personnes âgées ?
Atteinte à la dignité	Quels sont les <b>éléments susceptibles de porter atteinte</b> à la dignité en institution ?	D'après-vous, qu'est-ce qui pourrait porter atteinte à la dignité des personnes accompagnées en institution ? A quel moment ? Pourquoi ?
Pratiques AVQ / atteinte à la dignité	Quelle est l' <b>expérience</b> des professionnels de terrain ?	Vous est-il arrivé d'être confronté, dans l'exercice de votre activité à un événement engendrant la perte de la dignité d'un résident ? Vous est-il arrivé d'avoir un geste, une parole qui aurait pu porter atteinte à la dignité ? Quelles étaient les circonstances, le contexte ?
Contraintes institutionnelles	Quelles sont les <b>contraintes institutionnelles</b> identifiées par les prof.	Pourriez-vous lister différentes contraintes institutionnelles rencontrées dans travail ?
Contraintes institutionnelles	Quel <b>impact des contraintes</b> institutionnelles ?	Quelles sont les dérives occasionnées par les contraintes institutionnelles ?
Responsabilité institutionnelle	La perception des professionnels de la <b>responsabilité de l'institution</b>	A votre avis quelle est la part de responsabilité de l'institution ?
Piste amélioration	Quelles sont les <b>améliorations</b> possibles ?	Quelle sont les pistes à explorer pour améliorer au quotidien ce maintien de la dignité ?

## Annexe 2 : Grille finale d'entretien

### Grille d'entretien TB - Dignité

- Demandez aux personnes de se présenter ?
- De décrire leur travail ?
- Depuis combien de temps elles font ce travail ?
- Quelle(s) formation(s) elles ont fait ?
- Comment ont-elles choisi ce métier, etc... ?
- Quelle est leur routine professionnelle. Que font-elles concrètement
- Quelles tâches ?
- Demandez si le travail actuel est le même, le cahier des charges, etc., de manière générales les conditions de travail ?
- Eventuellement, posez aussi peut-être des questions sur les expériences «traumatisantes » ou inconfortables au travail.

Comment définissez-vous la dignité ?
Quelle idée de la dignité en institution avez-vous ?
Peut-on perdre sa dignité ? Pourquoi ?
Pensez-vous que les résidents peuvent perdre leur dignité en EMS ?
Avez-vous conscience de l'existence d'un cadre légal à ce sujet ? Existence d'une charte, code déontologique, règlement interne ?
Pensez-vous que la dignité soit compatible avec la vie en institution ? Pourquoi ?
L'accompagnant a-t-il un rôle (et responsabilité ?) dans la préservation de la dignité en institution ?
Comment/ en quoi la question de la dignité guide-t-elle vos actions auprès des personnes âgées ?
D'après-vous, qu'est-ce qui pourrait porter atteinte à la dignité des personnes accompagnées en institution ? A quel moment ? Pourquoi ?
Vous est-il arrivé d'être confronté, dans l'exercice de votre activité à un événement engendrant la perte de la dignité d'un résident ? Vous est-il arrivé d'avoir un geste, une parole qui aurait pu porter atteinte à la dignité ? Quelles étaient les circonstances, le contexte ?
Pourriez-vous lister différentes contraintes institutionnelles rencontrées dans travail ?
Quelles sont les dérives occasionnées par les contraintes institutionnelles ?
A votre avis quelle est la part de responsabilité de l'institution ?
Quelle sont les pistes à explorer pour améliorer au quotidien ce maintien de la dignité ?

### Annexe 3 : Extrait du tableau de codage 1<sup>er</sup> niveau «Les thématiques »

TB Dignité – Tableau de codage 1 <sup>er</sup> niveau				
Conception	Atteinte/préservation	Contraintes institutionnelles	Pistes amélioration	Autres
Dignité = respect (AS:40) Chacun sa manière de la définir (AS:40) Dignité = pouvoir d'action (selon dire des résidents) (AS:42) Dignité = autonomie (AS:44) Dignité = respect mutuel (AS:46) La dignité ne se perd pas (AS:58) Sentiment de perdre sa dignité (AS:62) Dignité: garder le contrôle sur sa vie (AS:85) Respecter la personne, la considérer = dignité (AS:93) Le regard (AS:93) Effet boule de neige (Dans le sens d'une répétition) (AS:97) Mise en valeur = dignité (AS:127) Conception dignité : « rester soi » et respect de son « chez-soi » (anim1.61) Respect du résident comme une personne "entière" même si vulnérable (anim1.61) Conception dignité : Continuité d'être (anim1.61) Respect des choix (ce qui prime) (anim1.63) Conception : On peut perdre sa dignité par le déni (de l'autre) (anim1.75) Conception : si on perd notre dignité, on perd tout. (anim1.96) Conception : Dignité = notre être (anim1.98) Conception : "Mettre de côté sa dignité" (en raison de contraintes horaires, par exemple) (anim1.98) -	Respect de la personne (AS:50) Pas d'infantilisation (AS:50) Stimuler les capacités restantes (AS:50) Importance de garder son pouvoir d'action (AS:50) Perte d'autonomie = perte de dignité (AS:52) Capacité à se mettre "à la place" (AS:58) Choses qui sont faites porte ouverte (AS:34) Pertes, deuil (AS:62) Chez soi / "Ils ne sont pas chez eux" (AS:62) Les résidents pensent que vie en institution = perte de dignité (AS:72) Pertes de plein de choses en institution : lien familial, mobilité : (AS:76) Pas d'acceptation de vivre en institution = vouloir mourir "vouloir partir" --> sortir, quitter Vouloir quitter l'institution (AS:77) Dignité = les laisser choisir (AS:79) Dignité = stimuler les capacités (AS:79) Ne pas obliger (AS:83) Ne pas forcément faire ce qui est écrit (AS:83) Besoin de raisonner (AS:83) Respecter le choix du résident (AS:85) Respecter ses volontés, sa	Horaires (AS:62) Contraintes : charges de travail = Manque de disponibilité (AS:87) Restriction des libertés (AS:109) Perte de liberté (AS:113) Impact de l'organisation institutionnelle (inter-secteur) (AS:115) Manque de temps (Anim1.21) Fatigue du personnel (anim1.125) Contraintes : horaires pas individualisés (anim1.125) Craintes, peurs, pertes de repères = Effectif réduit la nuit (anim1.147) Contrainte : manque de personnel (anim1.153) Dignité compatible avec institution dans l'individuel. Plus difficile en collectivité (inf. 84) Contraintes : Politique de santé « pourrie » (inf. 92) Contrainte : capacité de réponse de l'institution (inf. 120)	Ethique (AS:121) Travailler tous dans le même sens (AS:121) Contrôles nécessaires (AS:121) Présence de la hiérarchie : veiller (AS:123) Besoin de formation, sous forme de jeu de rôle : Se mettre dans la "peau" de l'autre pour comprendre (AS:131) Plaisir du résident (anim1.8) Créer des liens (anim1.8) Histoire de vie du résident, Mieux connaître la personne, être à l'écoute et attentif au besoin (anim1.8) Cadre parfois trop rigide, pas assez de liberté pour le résident (anim1.55) Colloque = partage d'information pluridisciplinaires (anim1.161) Communication Pistes d'amélioration (anim1.163) Communication : une info peut être importante pour quelqu'un de l'équipe Transmission d'info pour améliorer l'accompagnement (anim1.167) Écoute essentielle Être au service (Inf.4) Pluralité d'expériences et de formations (inf.12) A l'écoute des évolutions (inf.12)	Être les oreilles et les yeux pour les résidents (AS:6) Porter une attention (AS:6) Forte implication dans plusieurs rôles d'aide (AS:6) Parcours de vie créant la "vocation" (AS:20) Les résidents demandent qui travaille (AS:26) Partager des bons moments (AS:26) Accompagnement tout au long de la journée (AS:26) Aime écouter (AS:28) Travail en équipe (AS:34) Grande empathie, résonance (AS:34) La pratique réflexive comme aide au soignant (AS:34) Difficulté à avoir la "juste distance" (AS:34) Discussion, bruits de couloirs (AS:34) Ethique (Charte) (AS:70) (Rôle soignant) Rassurer, écouter, donner la main (AS:77) Rôle très important de l'accompagnant / dignité (AS:81) Evolution de la population en EMS (anim1.25) Nouveaux publics dans les EMS (anim1.27) Evolution résidents : + de démences (anim1.29) Nouveaux publics = changement de l'approche Public plus jeune (anim1.33)



### Annexe 3 (suite): Extrait du tableau de codage 1<sup>er</sup> niveau « les thématiques » (exemple avec citations surlignées)

<p><b>Concessions à faire</b> (anim1.100)</p> <p>Notion de défendre sa dignité (anim1.100)</p> <p><b>Dignité = valeur</b> de la personne, reconnaissance, respect physique, moral (inf. 50)</p> <p>Conception dignité : complexe : dignité propre à chacun</p> <p><b>Dignité même dans les choses simples : se regarder dans le miroir</b> (Inf. 52)</p> <p><b>La dignité change avec l'âge, l'expérience de vie</b> (inf. 58)</p> <p>"Ma dignité à moi à ce jour, maintenant, ce ne sera pas la même dans 20 ans. Je pense que c'est quelque chose de mouvant." (inf. 58)</p> <p>Conception dignité : base commune= respect (inf. 58)</p> <p>Conception : la dignité est variable, mouvante, elle évolue (inf. 58)</p> <p>Dignité et citoyenneté (inf. 68)</p> <p>Le regard : la manière de regarder l'autre (Conception interactionnelle) (inf. 70)</p> <p><b>Dignité = Liberté Choix Autonomie</b> (inf. 78)</p> <p><b>Dignité dans toutes les sphères : Inclure et respecter les familles / Concept dignité : elle est dans tous les domaines.</b> (inf. 92)</p>	<p>manière de conduire sa vie (AS.85)</p> <p>Ne pas déstabiliser une personne (AS.85)</p> <p>Respecter ses habitudes, façons de faire (AS.85)</p> <p><b>Respect de la dignité = avoir du temps, de l'écoute</b> (8AS.87)</p> <p><b>Respect de la dignité = agir pour la personne</b> (AS.89)</p> <p>Le manque d'attention = atteinte de la dignité (AS.91)</p> <p>Atteinte dignité: deuil, pertes (AS.91)</p> <p><b>manque de respect</b> (AS.91)</p> <p>Tutoiement: atteinte à la dignité (selon circonstances) (AS.93)</p> <p>Atteinte à dignité : enlever la possibilité de mobiliser les capacités restantes, même partielles. <b>Ne pas "faire à la place"</b> Les stimuler (AS.97)</p> <p>Répétition de privations de capacité d'agir = perte dignité Les laisser agir = <b>préserver la dignité</b> (AS.99)</p> <p><b>Mettre en valeur les actions réalisées (par les résidents).</b> Féliciter, remercier (AS.125)</p> <p><b>Dignité = écoute, confiance, respect, "merci"</b> (AS.137)</p> <p><b>Respect de la dignité = respect de l'intimité, respect du choix, respect du rythme (horaire)</b> (anim1.61)</p>	<p><b>Contrainte budgétaire image de soi (coiffeur, pédicure...)</b> (inf. 124)</p> <p><b>Contraintes budgétaires : non remboursement de médicaments.</b> (inf. 132)</p> <p><b>Choix en fonction du budget</b></p> <p>Problème déplacé : matériel moins cher mais nécessitant plus de temps : temps en moins pour les résidents (inf. 140)</p> <p><b>Le choix a des conséquences sur le temps</b> (inf. 142)</p> <p><b>Coûts impactent l'accompagnement</b> (inf. 148)</p> <p><b>Temps limité = être pertinent et rapide, ne pas faire ressentir le manque de temps aux résidents :</b> nécessite compétences, performance (inf. 148)</p> <p>"Dans le sens où les aides-soignants, ou même moi en tant qu'infirmière, je peux très bien avoir encore plus de personnes en charge et donc encore moins de temps et donc un temps d'écoute encore plus court. Ou alors faut que je le rentabilise au max, mon temps d'écoute. Donc ça demande aussi une performance professionnelle, dans le sens où si</p>	<p>Manque de reconnaissance du poste/compétences (Inf. 12)</p> <p><b>Observer, pourquoi, liens</b> (Inf. 14)</p> <p><b>Vocation d'aider, d'être au service de l'autre</b> (Inf. 18)</p> <p><b>Orientée vers l'autre</b> (inf.18)</p> <p><b>Importance de la formation</b> (inf. 104)</p> <p>Des situations quotidiennes</p> <p><b>Importance de la communication</b> (inf. 106)</p> <p><b>Importance de la formation</b> (inf. 122)</p> <p><b>Oser dire</b> (inf. 164) en parlant des dysfonctionnements)</p> <p><b>Interdisciplinarité pratique réflexive</b> (inf. 198)</p> <p>Défendre les intérêts des résidents : promouvoir une offre à domicile : EMS comme lieu de domicile. (inf. 200)</p> <p><b>Impulser Iniquité (œuvrer contre) Injustice (œuvrer contre)</b> (inf. 200)</p> <p>Besoin de budget (ici pour soins infirmiers) (inf. 202)</p> <p><b>Formation Cohésion interdisciplinaire</b> (inf. 204)</p> <p>Interdisciplinarité = Complémentarité (inf. 208)</p> <p>Intégrer le résidents dans les choix</p>	<p><b>Aides dans le métier : matériel, choix des activités, qualité.</b></p> <p>Importances des informations sur les résidents (anim1.35)</p> <p>Evolution du cahier des charges : plus de tâches administratives (anim.143)</p> <p><b>Trop de temps passé sur l'ordinateur au détriment du résident</b> (anim1.45)</p> <p><b>Pas assez de temps avec le résident .</b></p> <p>Manque de temps pour le résident : frustration (anim1.47)</p> <p><b>Difficile d'être disponible à l'instant "T" pour le résident</b> (anim1.51)</p> <p><b>Capacité d'observation et d'écoute, non verbal, verbal</b> (anim1.55)</p> <p>Accompagnement nécessite patience (anim1.55)</p> <p><b>Ethique (anim1 79) Institution = compatible avec dignité</b> Nécessite « d'entretenir » la dignité (anim1.96)</p> <p><b>Parcours de vie</b> (anim1.100)</p> <p><b>Tâches multiples</b> (inf. 24)</p> <p>EMS= lieu de vie : les soins devraient vite « disparaître », être faits le matin. (Inf. 24)</p> <p><b>Plus de gestion d'équipe</b> (Inf. 30)</p> <p><b>Leadership</b> (inf. 32)</p> <p><b>Réflexivité infirmière</b> (inf. 38)</p> <p><b>Anticipation</b> (inf. 40)</p>
--	---	---	--	--

## Annexe 4 : Extraits du tableau de codage 2<sup>ème</sup> niveau « Les sous-thématiques » Exemple ici : Conception de la dignité

Conception de dignité – codage des 8 entretiens  
Sous-thématiques

Conception ontologique, dignité intrinsèque	Conception posturale – liée au statut	Conception relationnelle/ interactionnelle	Définition	Valeurs	Autres ?
<p>La dignité ne se perd pas (AS:58) Conception : si on perd notre dignité, on perd tout. (anim1.96)</p> <p>Prendre chaque personne en tant qu'être (musico 60)</p> <p>Conception : On ne peut pas perdre sa dignité (apprenti 61)</p> <p>Notion d'être humain (malgré troubles cognitifs) (ASC ?)</p>	<p>On peut perdre sa dignité : Perte de dignité au moment de quitter son domicile (anim2. 34)</p>	<p>Le regard (AS.93) Conception : On peut perdre sa dignité par le déni (de l'autre) (anim1.75)</p> <p>Le regard : la manière de regarder l'autre (Conception interactionnelle) (inf. 70)</p> <p>Dignité sociale, lien social (inf. 184) Importance du lien social Sentiment d'exister (inf. 186)</p> <p>Dignité : si échange entre êtres humains : ouvrir notre cœur, notre âme. (anim2. 28) Reconnaissance: Reconnaître la personne, son identité (anim2. 34)</p>	<p>Chacun sa manière de la définir (AS:40)</p> <p>Sentiment de perdre sa dignité (AS.62)</p> <p>Conception dignité : « rester soi » et respect de son « chez-soi » (anim1.61)</p> <p>Conception dignité : Continuité d'être (anim1.61) Conception : Dignité = notre être (anim1.96) Notion de défendre sa dignité (anim1.100)</p> <p>Conception dignité : complexe : dignité propre à chacun</p> <p>La dignité change avec l'âge, l'expérience de vie (inf. 56) "Ma dignité à moi à ce jour, maintenant, ce ne sera pas la même dans 20 ans. Je pense que"</p>	<p>Dignité = respect (AS:40)</p> <p>Dignité = pouvoir d'action (selon dires résidents) (AS:42)</p> <p>Dignité = autonomie (AS:44) Dignité = respect mutuel (AS46) Dignité: garder le contrôle sur sa vie (AS.85) Respecter la personne, la considérer = dignité (AS.93) Mise en valeur = dignité (AS.127) Respect du résident comme une personne "entière" même si vulnérable (anim1.61) Respect des choix (ce qui prime) (anim1.63) Dignité = valeur de la personne, reconnaissance, respect physique, moral (inf. 50) Conception dignité : base commune= respect (inf. 56) Conception : la dignité est variable, mouvante, elle évolue (inf. 56)</p> <p>Dignité et citoyenneté (inf. 66)</p> <p>Dignité = Liberté Choix Autonomie (inf. 78)</p>	<p>Effet boule de neige (Dans le sens d'une répétition) (AS.97) Conception : "Mettre de côté sa dignité" (en raison de contraintes horaires, par exemple) (anim1.98) - Concessions à faire (anim1.100) Dignité même dans les choses simples : se regarder dans le miroir (inf. 52) Dignité dans toutes les sphères : Inclure et respecter les familles / Concept dignité : elle est dans tous les domaines. (inf. 92) "(...) considérer les résidents : Le résident dans son ensemble, lien familial compris. Oui, social, Social, familial. (inf. 92) (Liée à) L'Histoire de vie (anim2.26)</p>

		<p>Perte de dignité = prise de pouvoir de l'autre, malveillance Personnes vulnérables (musico ?)</p> <p>Perte de dignité si déclin non accompagné (musico 54)</p> <p>Dignité propre à chacun-e Ne pas forcer quelqu'un = respect de la dignité Nécessité d'adapter l'accompagnement individuellement Importance de connaître la personne connaître ce qui lui permet d'être / de se sentir digne Respect de la dignité = prise en compte de la vulnérabilité (musico 60)</p> <p>Conception dignité: traiter la personne avec égard, considération (apprenti 69)</p>	<p>c'est quelque chose de mouvant." (inf. 56)</p> <p>Conception de la dignité . Ne peut pas être définie de manière générale (anim2. 26)</p> <p>La dignité propre à chacun(anim2. 26) "Parce que la dignité c'est... respecter qui je suis, mon authenticité, c'est m'accepter sans jugement." (anim2. 26)</p> <p>La dignité : non palpable, fluctuant, à observer (anim2. 26)</p> <p>Se questionner tout le temps sur la définition de la dignité (anim2.34)</p> <p>"Et puis de se questionner tout le temps sur cette question de dignité. Ne pas la scléroser. Etre ouvert à changer sa définition, tout le temps, à questionner les résidents autour de cette définition." (anim2. 34)</p> <p>Prise en compte de la dignité selon leur (les résidents) propre conception :</p>	<p>Dignité (icus 60)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Définition</li> <li>Respect de la pudeur</li> <li>Respect de l'identité</li> </ul> <p>Respect, choix (icus 60)</p> <p>Dignité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respect des croyances, des décisions (icus 62)</li> </ul> <p>Définition de dignité (icus 68)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respect de la personne</li> <li>Respect de l'autodétermination</li> <li>Respect des habitudes</li> <li>Des rythmes</li> <li>Respect des envies</li> </ul> <p>Volonté (icus 68) Respect (icus 70)</p> <p>Concept de dignité (icus 90)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Notion de liberté de choix</li> <li>Autodétermination</li> <li>Accompagnant + accompagné = équipe</li> <li>Corps médical</li> </ul> <p>Conception: (musico 60)</p>	<p>Légitimité (des personnes âgées - expérience) : "être digne" (anim2.34)</p> <p>Conception dignité - perdre sa dignité - éthique (icus 74)</p>
--	--	---	--	---	--



**Annexe 5 : Extrait du tableau de codage niveau 2**  
**« Les sous-thématiques »**  
**Exemple : Atteinte et préservation de la dignité**

Codage : Atteinte et préservation de la dignité

Sous-thématiques

Sous-thématiques :	Préservation	Atteinte
<b>Respect de la personne adulte</b>	<p>Respect de la personne (AS:50)</p> <p>Pas d'infantilisation (AS:50)</p> <p>Respect des aînés qui ont <u>gaché</u> à nous apprendre</p> <p>Reconnaître l'expérience de vie (anim1 69)</p> <p>Leur expérience de vie nous apprend des choses (anim1.73)</p> <p>Respecter</p> <p>Accompagner</p> <p>Expérience de vie (anim2. 40)</p> <p>Reconnaître, valoriser l'expérience de vie (anim2. 34)</p> <p>Ne pas infantiliser (assc 85)</p> <p>Respect du résident dans tous les actes de la vie quotidienne</p>	<p>Manque de respect (AS.91)</p> <p>Tutoiement: atteinte à la dignité (selon circonstances) (AS.93)</p> <p>Discrédit du discours du résident (inf. 172)</p> <p>Atteinte à la dignité (si infantilisation, brusqueries) (assc 67)</p> <p>Tutoiement comme atteinte ? (Apprenti 105)</p>
<b>Pouvoir agir, autodétermination, liberté de choix, autonomie*</b>	<p>Stimuler les capacités restantes (AS:50)</p> <p>Importance de garder son pouvoir d'action (AS:50)</p> <p>Dignité = les laisser choisir (AS.79)</p> <p>Dignité = stimuler les capacités (AS.79)</p> <p>Respecter le choix du résident (AS.85)</p> <p>Respecter ses volontés, sa manière de conduire sa vie (AS.85)</p> <p>Ne pas obliger (AS.83)</p> <p>Respect de la dignité = respect de l'intimité, respect du choix, respect du rythme (horaire) (anim1.61)</p> <p>Respect du choix (anim1.81)</p> <p>Laisser faire par eux-mêmes (anim1.139)</p> <p>Les laisser agir = préserver la dignité (AS.99)</p> <p>Pour préserver la dignité :</p> <p>Liberté d'expression</p> <p>Demander leur avis</p>	<p>Perte d'autonomie = perte de dignité (AS:52)</p> <p>Atteinte à dignité : enlever la possibilité de mobiliser les capacités restantes, même partielles. Ne pas "faire à la place" Les stimuler (AS.97)</p> <p>Répétition de privations de capacité d'agir = perte dignité AS.99)</p> <p>Expression non verbale de la volonté = pas accessible à tout le monde (inf. 72)</p> <p>Entre protection et entrave à la liberté, donc à la dignité (inf. 74)</p> <p>"En fait, c'est là où je me dis que la dignité peut être vite touchée chez quelqu'un d'autre, pas par malveillance, mais par bienveillance." (Inf. 74)</p> <p>Liberté</p> <p>Bienveillance</p> <p>Malveillance</p>

**Annexe 6 : Extrait du tableau de codage niveau 3**  
**« Sous-sous thématiques »**  
**Exemple : Pouvoir agir, autonomie, capacité,**  
**autodétermination, choix**

Codage niveau 3 : Atteinte et préservation de la dignité

Tableau codage des sous-sous-thématiques :

- 1. Pouvoir d'agir, autonomie / Autodétermination, choix
- 2. Compétences de savoir-faire / et savoir-être (comportement, attitudes)

<b>Pouvoir d'agir, autonomie, autodétermination, choix</b>		
Thématiques	Préserver	Atteindre
<b>Pouvoir agir / Autonomie / capacité</b>	<p>Importance de garder son pouvoir d'action (AS:50)  Les laisser agir = préserver la dignité (AS:99)  Stimuler les capacités restantes (AS:50)  Dignité = stimuler les capacités (AS:79)  Laisser faire par eux-mêmes (anim1.139)  Les laisser agir. (inf. 72)  Autodétermination  Autonomie  Qualité de vie (anim2. 18)</p>	<p>Perte d'autonomie = perte de dignité (AS:52)  Atteinte à dignité : enlever la possibilité de mobiliser les capacités restantes, même partielles. Ne pas "faire à la place" Les stimuler (AS:97)  Répétition de privations de capacité d'agir = perte dignité AS:99)  Expression non verbale de la volonté = pas accessible à tout le monde (inf. 72)  Ne plus pouvoir exprimer sa volonté (icus 78)  Atteinte dignité: (icus 108) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect de l'indépendance</li> <li>• Maltraitance</li> </ul> Liberté  Bienveillance  Malveillance  Trop protéger : non (inf. 74)  Entre protection et entrave à la liberté, donc à la dignité (inf. 74)  "En fait, c'est là où je me dis que la dignité peut être vite touchée chez quelqu'un d'autre, pas par malveillance, mais par Bienveillance." (Inf. 74)  Atteinte dignité : contraintes dans l'autonomie  Capacité ou non à verbaliser (inf. 118)  Atteinte à la dignité: la maladie empêche d'exprimer (icus 78)  Intention de protéger/liberté (inf. 78)</p>
<b>Autodétermination / choix</b>	<p>Dignité = les laisser choisir (AS:79)  Respecter le choix du résident (AS:85)  Respecter ses volontés, sa manière de conduire sa vie (AS:85)  Ne pas obliger (AS:83)  Respect de la dignité = respect de l'intimité, respect du choix, respect du rythme (horaire) (anim1.81)  Respect du choix (anim1.81)  Liberté d'expression, Demander leur avis (inf.72)  Les laisser choisir (inf. 72)  Respect choix (inf. 84)  Autodétermination, Autonomie (Valorisation des) Rôles sociaux (anim2.28)  Ne pas choisir ou faire à la place (icus 90)  Laisser le choix au résident (apprenti 97)</p>	<p>Expression non verbale de la volonté = pas accessible à tout le monde (inf. 72)  Ne plus pouvoir exprimer sa volonté (icus 78)</p>