



L'animation en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes : un enjeu complexe de socialisation

Animation in residential facilities for dependent
elderly people: a complex issue of socialization

Pascale BELONI

Docteur en Sciences biologiques et santé. IRD, U1094
Neuroépidémiologie Tropicale, Institut d'Epidémiologie et
de Neurologie Tropicale, GEIST, Limoges, France.

INSERM, Univ. Limoges
CHU Limoges, France

<https://orcid.org/000-0001-6421-2182>

pascale.beloni@unilim.fr

Hélène HOARAU

Laboratoires CeDS-EA7440 et EMOS, INSERM U1219,
Bordeaux, France.

Ethnologue et Anthropologue de la santé
Université de Bordeaux
URISH CHU de Bordeaux, France

<https://orcid.org/0000-0003-3904-3852>

helene.hoarau@chu-bordeaux.fr

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4182>

DOI : 10.25965/trahs.4182

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

Résumé : En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les animations occupent une place importante dans le projet de vie des résidents, les maintenant dans une « vie sociale » au travers d'une nouvelle sorte de socialisation. Outre le fait de « passer le temps », les animations permettent de répéter des gestes et de raviver les activités du passé. D'ailleurs, des études menées auprès des personnes âgées vivant en institutions concluent sur l'intérêt de la poursuite de la socialisation relevée en termes de participation sociale, pour maintenir aussi leur santé (Cho et al., 2010 ; Park et al., 2012 ; Shaw et al., 2016 ; Amiri et al., 2017). Mais ces activités contribuent-elles réellement à la poursuite du processus de socialisation ? Notre étude menée auprès de 57 résidents, professionnels de santé et familles a permis d'explorer la participation aux animations et d'en chercher le sens pour les âgés eux-mêmes (Beloni, 2019). Ainsi, les activités pensées par la structure ne répondent pas toujours à des besoins en termes de socialisation. Elles permettent, pour la plupart, un entraînement au maintien des acquis et parfois sont vécues comme une forme d'infantilisation. De plus, l'indicateur d'assiduité aux activités, pour mesurer le niveau d'intégration dans la structure n'est pas fiable. Cependant, en s'engageant dans les activités, le sujet âgé fonde son appartenance à la structure, une forme d'adhésion en somme. Ainsi,

L'animation - dans sa dimension de soin dans ces lieux de vie est à requestionner en intégrant une dimension « socialisante ».

Mots clés : personne âgée, EHPAD, animation, socialisation, utilité sociale

Abstract: In home for the elderly people (EHPAD), activities play an important role in the residents' life project, keeping them in a "social life" through a new kind of socialization. In addition to "passing the time", activities allow repeating gestures and reviving past activities. Moreover, studies of institutionalized older adults conclude that the continuation of socialization noted in terms of social participation is beneficial to maintaining their health as well (Cho et al., 2010 ; Park et al., 2012 ; Shaw et al., 2016 ; Amiri et al., 2017). But do these activities contribute to the continuation of the socialization process ? Our study conducted with 57 residents, health professionals, and families explored participation in the activities and sought the meaning for the elderly themselves (Beloni, 2019). Thus, the activities designed by the structure do not always meet needs in terms of socialization. For the most part, they allow for training in the maintenance of skills and are sometimes experienced as a form of infantilization. Moreover, the indicator of attendance at activities, to measure the level of integration in the structure, is not reliable. However, by taking part in the activities, the elderly person establishes his or her belonging to the structure, a form of membership in short. Thus, in these places of life, animation - in its care dimension - is to be reconsidered by integrating a "socializing" dimension.

Keywords: elderly people, EHPAD, animation, socialization, social utility

Introduction

Les pays industrialisés connaissent une évolution démographique telle que les secteurs de la santé sont et seront de plus en plus concernés par la prise en charge croissante des personnes âgées. En France, selon le ministère des Solidarités et de la Santé, les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd'hui (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060. La plupart de ces personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie ; seuls 8 % des plus de 60 ans sont dépendants et 1 personne de plus de 85 ans sur 5 (20 %).

De plus, compte tenu des habitudes de prise en charge de la perte d'autonomie dans notre pays, ce sont 108 000 seniors qui seraient attendus en structure d'hébergement d'ici 2030 et 211 000 de plus entre 2030 et 2050 (Miron de l'Espinay et Roy, 2020).

Ainsi, suite à un incident de parcours, une augmentation de la dépendance, de l'isolement et parfois l'aide de tiers, l'entrée en institution est souvent prescrite (même si l'accord de la personne est conditionné), lorsque toutes les solutions d'aides à domicile ont été explorées ou suite à une hospitalisation lorsque ses conséquences ne permettent plus un maintien à domicile. En effet, comme le précise Isabelle Mallon (2005) : « L'institution est alors fréquemment une solution imposée à la personne âgée, par les réseaux d'assistance sociale, par le corps médical, ou encore, de manière plus ou moins brutale, par sa famille ».

Cette nouvelle situation impose à la personne âgée en un temps très court de renoncer à son logement pour se retrouver plus en sécurité ailleurs, renoncer à gérer ses affaires, à faire ce qu'elle aimait, renoncer à tout et venir requérir de l'aide. C'est une rupture souvent violente avec sa vie antérieure. Dans ce contexte, David Le Breton emploie le terme de dépouillement lors de l'entrée en institution :

Dépouillement qui peut devenir absolu et qui pousse certaines personnes âgées en institution à collectionner des pierres ou des chiffons, à garder un réveil ou une photo, ayant seul survécu au naufrage et qui demeure signe unique d'une existence passée (Le Breton, 2011 : 148).

Dans ce contexte d'institutionnalisation, regroupant des personnes d'un même âge, l'identité sociale du sujet âgé, identité sociale qui se construit dans le cadre du processus de socialisation dès la naissance, peut être mise à mal (Mucchielli, 2013) et cela va impacter sa santé : santé dans le sens de la maîtrise de soi, maîtrise de sa vie, poursuite des activités ou encore maintien de son rôle social (Herzlich, 2019). Avec l'âge, une dépendance devient également présente, souvent réelle (aide pour s'habiller, pour se laver, pour se nourrir...), et la personne âgée ne peut se passer de cette aide : « Vieillesse, dépendance, on la prend comme c'est [...] » (PA-01-EHPAD6)¹. Par ailleurs, la structure d'hébergement accueillant le sujet âgé se

1 Les verbatim utilisés dans ce texte sont issus d'une étude qualitative menée dans le cadre d'un travail de thèse sous la forme d'entretiens de type semi-directif. Deux terrains d'enquête ont été sélectionnés : le Limousin et l'île de La Réunion. L'enquête a été réalisée dans 10 EHPAD. Au total 57 entretiens semi-directifs ont été réalisés. Les entretiens ont été anonymisés à l'aide d'un code alphanumérique : population enquêtée/numéro de l'entretien/numéro de la structure. Il s'est agi ensuite de lire et relire, pour s'imprégner du texte (Beloni, 2019). Quelques verbatim émanant du travail princeps du chercheur ont été utilisés et référencés (Beloni, 2007). Voir encart Méthodologie.

présente tel un microcosme, une mini société soumise à des règles communes qui reposent sur des valeurs partagées. Pour favoriser son intégration, il est préférable que l'individu y séjournant, intègre un minimum de « conscience collective » et se conforme à des règles d'organisation de la vie en collectivité car il s'agit d'un bouleversement à plus d'un titre, le sujet âgé entre en institution avec sa propre culture qui peut être perçue comme une « culture importée » et qui va venir se « confronter » à la culture de l'institution. De surcroît, si jusqu'à présent, la personne âgée avait pu se préserver de l'image de la vieillesse, en peu de temps elle est confrontée aux difficultés de l'avancée en âge et son lot de dépendances. C'est pourquoi, les capacités d'adaptation des personnes âgées doivent être *performantes* pour arriver à trouver un équilibre, rester ce qu'elles sont, gages de leur position sociale, de la reconnaissance de leur identité sociale et culturelle.

En effet, l'organisation institutionnelle obéit à des règles communiquées lors de l'admission dans la structure devant être respectées par l'individu y séjournant tel qu'en apportent pour preuve les résidents. Mme P emploie le terme de « livre d'instructions » (Beloni, 2007) ce qui donne une connotation très militaire à ce règlement intérieur. Ces règles renvoient à la collectivité dans un souci de bon fonctionnement et de respect mutuel. Goffman parle « d'embrigadement » que l'on retrouve dans les institutions totalitaires où les individus vont être tenus de structurer leur temps à partir des horaires définis par ces dernières : horaires des repas, horaires pour les activités, horaires des aides proposées (Goffman, 2013).

Ainsi, les personnes âgées entrant en EHPAD se retrouvent déracinées de leur milieu de vie, dépendantes de la structure et de son personnel, entourées de nouveaux visages à apprivoiser : « C'est un lieu où il faut cohabiter et la cohabitation est quand même difficile et c'est une institution avec des règles et des horaires » (Animatrice-01-EHPAD5).

C'est pourquoi, nous pouvons considérer qu'en entrant en EHPAD les personnes âgées entrent dans un nouveau processus de socialisation. De fait, « la socialisation est [d'une part] l'histoire des désocialisations et des resocialisations successives qui délimitent les différents temps sociaux de la vie » (Mollo-Bouvier, 1991 : 292), ici le grand âge ; et, d'autre part, la socialisation est la construction d'un univers vécu à travers des appartenances à des collectifs, des groupes et la capacité de l'être humain à exister et à s'en distinguer (Dubar, 1991 ; Bolliet, Schmitt, 2002), ici le groupe des résidents d'EHPAD.

Pour faire vivre le groupe, ou plus simplement pour combler la solitude et/ou l'isolement des résidents, les structures d'hébergements s'organisent. C'est ainsi que des animations sont mises en place et font souvent partie intégrante du projet d'établissement/projet de vie. Les animations proposées occupent une place importante dans le quotidien des résidents. Elles ont pour objectif, de permettre au résident son maintien dans une dimension sociale, d'assurer son bien-être et son sentiment d'utilité sociale (Hervy, Vercauteren, 2013). Mais comment l'animation parvient-elle (ou non) à cet objectif, et plus exactement comment s'inscrit-elle dans le processus de socialisation de la personne âgée, dans une dimension soignante ?

1. Histoire de l'animation dans les structures d'hébergement

Les premières structures d'hébergement pour sujets âgés apparaissent en France à la fin du 18^{ème} siècle. A cette époque, le travail est une valeur fondamentale de subsistance qui concerne tous les âges ; de ce fait la participation des « vieillards » aux tâches quotidiennes est encouragée. Plus tard, un décret spécifique du 17 avril

1943 instaure ces activités dans les institutions en tant que travail dit « occupationnel » pour donner un sentiment d'utilité à la personne âgée. Il s'agit de jardinage, d'entretien du linge, de participation à la cuisine...

Le début des années 1960 voit apparaître un nouveau public : les retraités et les clubs de retraités ou club du troisième âge. Ils sont axés principalement autour de trois activités : les jeux de boules ou de cartes, le tricot et le goûter. En suivant, la circulaire du 18 novembre 1963 aborde le travail pour les sujets âgés sous un aspect thérapeutique pour leur donner la possibilité d'utiliser leurs capacités et de se sentir utiles. Le mot « animation » n'est pas encore utilisé au profit de celui d'occupation.

Les années 1970, quant à elles, proposent une offre plus large et se développent dans les structures d'hébergement : gymnastique douce, art floral et graphiques, voyage, tourisme... Puis dans les années 1980, le fonctionnement par projet s'instaure à partir des demandes et besoins des retraités. La notion de « qualité de vie » apparaît en établissant un lien entre l'animation et le bien-être de chaque individu.

Puis, dans les années 1975/1980, on commence à parler d'animation en partant du postulat que les personnes âgées dans les « hospices » s'ennuient. Les activités proposées dites « occupationnelles » et « thérapeutiques », sont gérées par des agents hospitaliers ou des aides-soignants nommés « ergothérapeutes ». Dès lors, on voit apparaître progressivement le thème de l'animation dans le projet d'établissement, avec l'émergence d'un profil d'activités en fonction de la population, devenant ainsi un support au maintien de l'autonomie à orientation thérapeutique ou préventif. En suivant, les années 1990 marquent un intérêt fort de la part des établissements pour lier animation et « qualité de vie » (Hervy, 2001 ; Hervy, Vercauteren, 2013).

À cette même période, et pour aller dans ce sens, l'article VI du nouveau texte de la Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante rédigé en 1997 intitulé : valorisation de l'activité, stipule que :

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités [...] Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée. L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée [...].

Pour finir, à l'été 2003, l'épisode de la canicule a placé le Grand Age au centre des préoccupations de la société et du gouvernement français. Ce contexte a mis encore plus en lumière un certain oubli des personnes âgées, leur vulnérabilité, la perte du lien social et leur isolement comme élément préjudiciable à leur santé et bien-être. Aussi, un élan nouveau s'est fait jour autour de la situation des personnes âgées et les attentes vis à vis des EHPAD en matière de prise en soins sont devenues de plus en plus importantes et exigeantes ; et l'animation n'échappe pas à ce regard scrutateur de la société.

2. L'organisation de l'animation dans les structures d'hébergement

Aujourd'hui, les structures destinées à accueillir les sujets âgés ont évolué. Elles se veulent plus adaptées, plus ouvertes sur l'extérieur avec des prestations de service

tenant parfois d'une conception hôtelière (entretien du linge, service de restauration, possibilités de sorties...). Pour le résident, c'est un lieu de vie et de visites des proches et un lieu de soins et d'accompagnement pour les professionnels de santé. Les années 2000-2010 voient l'expression de « vie sociale » émerger dans le secteur de la gérontologie avec notamment l'organisation de conseils de la vie sociale dans les institutions. Ces conseils regroupent des représentants des résidents (et de leur famille), des personnels et du conseil d'administration de la structure. Ces derniers sont principalement consultés sur le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement. Dans ce contexte, des animations sont organisées pour contribuer à l'adaptation et l'intégration de la personne âgée au sein de la structure. Les orientations de cette animation ont progressivement évolué vers l'insertion et la participation dans la société, le développement de rôles sociaux. Dans certains établissements, l'animation est encadrée par des personnels dédiés et spécifiquement formés.

La plupart du temps, les activités proposées aux résidents ont pour objectif de structurer le temps, de maintenir un lien social entre les individus, de recréer une forme de cadre familial. Souvent, les activités ne sont pas choisies en fonction des désirs des personnes : « Il y en a qui aiment les activités mais quand ça ne correspond pas à leurs attentes ils restent dans leur chambre ou ils trouvent une autre occupation » (EtErgo-02-EHPAD3). Appelées souvent occupationnelles, ces activités ne répondent pas toujours à des besoins en termes de socialisation. Elles permettent, pour la plupart, de passer le temps comme l'atelier scrabble, le jeu de belote, la lecture du journal, jeux de société. On peut y voir souvent un entraînement aux maintiens des acquis comme les ateliers cuisine, couture, le pliage du linge. Ici l'animation a une fonction « soin ». La répétition de gestes, d'habitudes ravive les rôles tenus auparavant par les personnes âgées : « Les habitudes sont ainsi des réassureurs identitaires. » (Mallon, 2005). On peut aussi repérer une fonction thérapeutique comme l'entraînement de la mémoire : « Puis il y a des choses qui me sont utiles. Par exemple hier la mémoire, c'est utile ça... » (PA-05-EHPAD2) ; « Ensuite on fait travailler la mémoire, on nous demande quelle est la capitale de l'Angleterre » (PA-02-EHPAD6).

Ces activités ont pour objectif par exemple d'essayer de retarder l'évolution d'une pathologie. Ces ateliers mémoire n'ont alors pas de fonction strictement socialisante. En outre, ces activités peuvent, parfois, placer l'individu en difficulté. En effet, le chercheur a pu observer un atelier où, pour entraîner la mémoire des résidents, on leur demandait de réciter les tables de multiplication. Certaines personnes, n'ayant pas été scolarisées, peuvent être d'une part, mises en échec (en raison de leur incapacité à suivre une animation) et, d'autre part, s'isoler du groupe des résidents. De fait, la structure d'hébergement tend à gommer les différences sociales préexistantes à l'entrée en EHPAD ; or, les animations peuvent faire ressurgir des clivages sociaux (réels ou non) pour le résident et nuire au processus de socialisation au groupe. Ainsi, la capacité à suivre une animation est indispensable à évaluer pour ne pas mettre la personne âgée en difficulté.

Généralement, les animations se répartissent entre les activités en dehors de la structure comme des visites d'entreprises, de marchés, des sorties au cinéma, au restaurant, aller à l'église ou dans la structure comme des spectacles de musique, repas pour des anniversaires, animations avec des animaux, projections de films. Pour compléter, dans certaines structures d'hébergement, des rencontres sont organisées pour créer du lien dans le cadre de la communication intergénérationnelle et mettre en exergue l'importance de la transmission des savoirs et savoir-faire entre les générations pour faire perdurer la mémoire collective. Par exemple, à partir de la transmission de leur expérience vécue

(souvenirs d'enfance ou de période de guerre...), des personnes âgées abordent leur passé auprès d'enfants pour leur permettre de mieux intégrer le présent et de se projeter dans l'avenir. D'autres structures sont jumelées avec des écoles, des haltes garderies, des crèches. Ce type d'animation permettrait à la personne âgée de se sentir *utile*, investie d'une fonction sociale, d'une position au sein de la structure et, plus largement, au sein de la société.

Or, selon Goffman (2013), participer à une activité c'est s'identifier à la structure, adhérer à ses lois, au message qu'elle cherche à transmettre, c'est « faire corps avec ». L'individu y fonde ainsi son appartenance, il se positionne comme être particulier dans un lieu particulier, une forme d'adhésion en somme. Aussi, lorsqu'il se positionne en retrait de ces activités, il cautionne en somme un refus à une forme d'identification.

3. La participation aux animations

La participation des résidents aux activités proposées par les structures d'hébergement est très hétéroclite, leur vécu très variable. Certains participent avec plaisir : « Toutes ! Tous les après-midis, que ça plaise que ça plaise pas, moi ça me plaît ! » (PA-05-EHPAD2) ; « Alors dans les activités, je suis au maximum » (PA-07-EHPAD3) ; « Oui le matin on prend un petit café et l'après-midi je descends. Sauf quand on a des sorties j'y vais » (PA-04-EHPAD5).

Ces activités semblent permettre de combler les journées d'un possible ennui : « Alors quand je suis arrivée ce qui m'a surpris c'est qu'ils ont un emploi du temps en fait, toutes les semaines, pour ceux qui souhaitent y aller ils ne peuvent pas s'ennuyer » (EtErgo-02-EHPAD3). En effet, Reinhardt constate qu'il semble que « la personne âgée n'a pas le droit de s'ennuyer en maison de retraite. Des activités, des ateliers, des animations sont prévus » (Bouisson, Reinhardt, 2000 : 167). D'ailleurs, l'emploi du temps peut être vu comme très complet voire astreignant et demandant une certaine discipline. Et certaines personnes âgées sont très disciplinées... « Moi j'obéis à ce qu'on me demande comme deviner certaines choses, parler des départements, pas de la politique car c'est sale » (PA-03-EHPAD5). Cependant, certaines personnes âgées vivent comme une injonction de la part des soignants, leur participation aux activités : « Oh je n'aime pas trop ! J'ai voulu y aller une fois, on a insisté pour que je joue à la belote » (PA-12-EHPAD7), ou en termes d'obligation : « Je m'efforce, je m'efforce » (PA-03-EHPAD5) pour peut-être faire plaisir. Une résidente n'apprécie guère ce type d'animation mais elle se force à y aller : « Mais c'est difficile car quand on organise quelque chose pour nous j'y assiste, il faut y aller ça les fait travailler aussi » (Beloni, 2007).

De fait, les freins à la participation sont le plus souvent en lien avec le type d'activités proposées. Ainsi, certains résidents peuvent assimiler des activités à une forme d'infantilisation comme lorsqu'on leur propose des séances de coloriage : « On fait comme les petits. Je dis à l'animatrice « moi je suis la petite » ! On dessine, on nous fait choisir les couleurs » (PA-01-EHPAD6). Pour d'autres, leur non-participation s'explique par des problèmes relationnels : « J'aime bien jouer à la belote avec ma petite fille, mais là ça n'a pas réussi, il y avait un homme qui ne savait pas jouer et puis qui rouspétait alors bon j'ai abandonné » (PA-12-EHPAD7). D'autres encore motivent leur non ou faible participation par des problèmes de santé : « Alors je fais ça, si il y a tout ce qui est chanson, j'écouterai la Traviata mais avec mes oreilles je n'entends pas, j'entends du bruit... » (PA-07-EHPAD3)

Lorsque les résidents ne souhaitent pas participer aux activités, ils se replient parfois « chez eux » (dans leur chambre) comme si, dans ce lieu, ils étaient protégés

du reste de la collectivité. Une personne âgée confirme ce point : « Il faut essayer de se créer une vie personnelle. Voyez-vous moi je m’amuse à découper des proverbes que l’on récupère sur les petits journaux où on nous donne nos menus » (PA-07-EHPAD3). On peut dire que la solitude est parfois appréciée, c’est le cas de cette résidente : « Oui je suis sauvage moi, je respecte les gens, je ne répète pas mais je suis seule. Je suis bien là, je suis sauvage, je ne cherche pas à communiquer » (PA-10-EHPAD-9). Elle ne participe jamais à la vie de la structure mais s’y trouve très bien.

En outre, l’absence objective de participation aux activités ne semble pas corrélée au sentiment d’ennui : « J’étais habituée à beaucoup cuisiner alors me retrouver à rien faire c’était dur » (PA-04-EHPAD5), mais plutôt à un ennui lié au fait de se sentir dépossédé de leur vie d’avant. C’est d’ailleurs ce que souligne Kafoa et Roumilhac : « Quelques résidents très actifs verbalisent la nature de leur ennui : ils ne s’ennuient pas de ne rien faire, mais des êtres chers décédés, des enfants et de leur domicile » (2012 : 186-187). D’ailleurs, la famille, si elle est présente, est considérée comme vecteur de socialisation entre l’extérieur et l’intérieur par la capacité à créer du « lien utile ». Aussi, certains résidents peuvent tout à fait s’intégrer en dehors du cadre offert par les animations.

Enfin, il est important de noter que la personne âgée qui vient régulièrement aux activités est tenue pour sociable par le personnel, ouverte aux autres. Mais, sa participation peut être simplement à ce moment précis une stratégie « d’adaptation secondaire » comme le décrit Goffman (2013), qui n’est pas amenée à perdurer.

Pour finir, les vertus de l’animation ne se voient pas uniquement dans les performances accomplies par le résident : « Déjà eux nous voient différemment, parce qu’on n’est pas dans le soin, le regard est différent, on parle de leur vie, de plein de choses... » (AMP-FFAS-05-EHPAD2). Ainsi, la relation résident-soignant s’installe, propice à une mise en confiance et à déceler les attentes, voire les inquiétudes du résident pour mieux y répondre.

Plus spécifiquement, les soignants constatent les effets bénéfiques sur la relation soignant/soigné notamment lors des sorties extérieures : « On les voit dans un autre cadre, des fois ça peut surprendre car ils vont dire des choses qu’ils n’auraient peut-être pas dites dans l’EHPAD » (AS-02-EHPAD9).

Dans cette diversité de positions des résidents vis-à-vis des animations proposées, se pose la question de la place de ces activités dans le processus de socialisation.

4. L’animation : un levier du processus de socialisation ?

Comme nous l’avons souligné précédemment, nous sommes le fruit de socialisations successives (Tanguy, 1993), le fruit d’une pluralité d’expériences (Lahire, 1998). Ce processus, qui perdure jusqu’à la fin de la vie, inclut une mise en relation dynamique entre individus ou groupes d’individus, comme on en observe en structures d’hébergement pour personnes âgées. Ici, la notion de rapports sociaux, comme la participation à des échanges (animations), joue sur les interactions sociales de l’individu tout au long de sa vie, dans lesquelles les changements d’âge impliquent des changements de rôle, de statut social continu. Plus particulièrement, en EHPAD, l’institutionnalisation offre un cadre au processus de socialisation des sujets âgés. Dans ce cadre en tension, contraint, les activités proposées par la structure d’hébergement devraient contribuer à la fois à la santé du résident (d’un point de vue médical) et à sa santé sociale. Aussi, la difficulté principale, à notre sens, réside dans les objectifs poursuivis par l’animation car une ambiguïté demeure entre des activités qualifiées d’occupationnelles, parfois vectrices de socialisation mais aussi

thérapeutiques relevant d'une problématique de santé, et ce à la croisée d'une prise en charge individuelle et collective (Hervy, Vercauteren, 2013). Cette ambiguïté invite à une réflexion sur l'intérêt et la place de ces activités à la croisée du soin et d'une organisation institutionnelle structurée comme nous avons pu le voir plus haut.

Dans ce contexte, Hervy propose deux approches de l'animation qui rejoignent nos constations : une qui relève directement des activités de loisirs, culturelles, sportives, manuelles, proposées dans le projet de vie de l'établissement, l'autre qui relève de la démarche d'aller aux animations. Dans ce dernier cas l'activité est secondaire, la participation semble plus importante que « le faire » (Hervy, 2001, 2003, 2008). C'est à dire, tenter de saisir l'animation dans le processus de socialisation comme émanant de la structure et des animateurs (soignant en action) et comme expérimentée par les résidents (personne âgée en action).

Premièrement, si l'on scrute la situation du côté des établissements, on observe qu'une offre variée d'activités proposées favorise la participation sociale des sujets âgés (Kemp et al., 2012 ; park et al., 2012 ; Thomas et al. 2013). En effet, des études menées sur des personnes âgées vivant en structures d'hébergement concluent sur l'intérêt de la poursuite de leur socialisation relevée en termes de participation sociale, pour maintenir leur santé (Cho et al., 2010 ; Shaw et al., 2016 ; Amiri et al., 2017 ; Park et al., 2012). Plusieurs définitions existent pour définir la participation sociale et un consensus est difficile à trouver. Plusieurs auteurs proposent de regrouper les définitions en quatre grandes familles : la réalisation des activités de la vie quotidienne, la participation sociale et les interactions sociales, l'intégration dans des réseaux sociaux, les activités à caractère sociale comme la participation à des associations (Gaudet, 2012 ; Levasseur et al, 2010).

Pour compléter, suite à une revue de la littérature, une étude a été menée auprès d'aînés et d'intervenants auprès du public âgé pour explorer le sujet de la participation des aînés, l'objectif était de la définir (Raymond et al, 2013). Il en est ressorti que la participation sociale était qualifiée comme une pratique permettant de voir du monde et développer des relations significatives, vivre des activités plaisantes en groupe, s'impliquer dans un projet collectif, aider et s'entraider, transmettre des savoirs, augmenter leur pouvoir dans les décisions qui les concernent.

On peut donc supposer qu'être socialisé en EHPAD, ce n'est pas forcément participer aux activités car c'est aussi la place que l'on se reconnaît dans la société ou ici dans la structure d'hébergement (Goffman, 2013). Aussi, participer aux activités n'est pas un passage obligé dans le processus de socialisation du résident. D'ailleurs, nous avons pu constater que certaines personnes âgées ont parfois une tendance au retrait de la vie sociale trouvant moins d'intérêt à échanger et à discuter. Elles s'accommodent de cette solitude, parfois elles la recherchent. Toutefois, il peut s'agir d'une forme de renoncement face à la difficulté de poursuivre une vie sociale correspondant à leurs désirs auxquels elles ne pensent plus pouvoir accéder (Kafoa, Roumilhac, 2012).

En outre, Thomas et al (2013) dans son étude montre que certains résidents participent aux activités pour des raisons sociales et non pour l'activité en elle-même. Pour autant, Delphine Dupré-Lévêque pense que « si les animations ne sont pas propices à la création de liens profonds et durables entre les personnes, c'est parce qu'il s'agit d'une activité organisée et dirigée » (Dupré-Lévêque, 2001 : 86). Les animations sont en effet des moments où l'attention des résidents est tournée vers l'animateur, des activités qui sollicitent bien plus la relation entre l'animateur

et les résidents que la relation entre résidents. Ceci peut en quelques sorte restreindre l'impact de l'animation dans le processus de socialisation du résident.

Deuxièmement, l'animation est parfois pensée comme un soin : « Parce que pour eux ils voient animation artistique, de l'art plastique ou de la musique. Pour moi une animation ça peut être ça mais ça peut être aussi un soin individualisé. Ça fait aussi partie de l'animation » (AMP-FFAS-05-EHPAD2). L'animateur peut soigner à sa manière, et le soignant peut animer à sa façon dans le même but : apporter de la vie aux résidents. Depuis la nuit des temps, les hommes ont toujours eu un besoin de soins. Les soins n'appartenaient pas à une profession, ils permettaient à une personne d'aider quelqu'un à continuer à vivre comme le maintien des fonctions vitales (s'alimenter, se protéger des intempéries, s'hydrater...) et ce sont les femmes qui ont été reconnues les mieux adaptées pour prodiguer ces soins (Gilligan). La notion de prendre soin prenait ici tout son sens car on prenait soin de la femme accouchant, du jeune enfant... de la personne vieillissante comme on prenait soin de la vie en règle générale. Ces soins avaient une fonction sociale pour perpétuer la vie de l'homme, la vie du groupe (Collière, 2001) parce qu'ils étaient expérimentés comme « soins ». Or, au sein des structures de soins, les résidents que nous avons croisés n'ont pas rattaché les activités auxquelles ils ont pu participer à des « soins » (Beloni, 2019). Ceci laisse à penser que l'approche soignante de l'animation demeure du côté du soignant et de l'institution, voire de la famille (car c'est souvent elle qui choisit l'établissement). L'aide apportée, le soin, la relation entre soignant et résident qui s'y crée sont comme parasités par l'institutionnalisation (son autorité, ses obligations, ses attentes) et les représentations de la vieillesse (par les protagonistes). Ceci empêche probablement la reconnaissance de l'animation comme un soin, et au final laisse l'animation dans l'ambiguïté de sa définition.

Conclusion

Dans le contexte particulier des structures d'hébergement pour personnes âgées, les objectifs de prise en soins (intégrant l'animation) sont à réinterroger pour savoir s'il s'agit plutôt d'une dynamique d'aide, de suppléance, voire de socialisation, ou d'une dynamique curative, c'est-à-dire « traiter », « guérir » la vieillesse. Mais cette réflexion doit être menée en considérant ou reconsidérant les institutions et leur ambiguïté qui persiste entre lieu de vie et lieu médicalisé. Par ailleurs, l'entrée en institution est une étape pour les personnes âgées qui ont besoin non seulement, d'un accompagnement lié aux déficits physiques et/ou psychiques, mais aussi d'un accompagnement leur permettant de poursuivre le processus de socialisation. Or, en maison de retraite, la socialisation est complexe et renvoie à la notion d'individualité mais aussi aux contraintes collectives d'une organisation encadrée par des règles de fonctionnement. Ainsi, c'est un véritable rapport de force entre la structure et les résidents, en fonction des individualités, les personnes vont devoir développer de nouvelles stratégies de « vie ». Vivre en maison de retraite pour la personne âgée, est un changement socio-culturel, un bouleversement de son parcours de vie qui nécessite des capacités d'adaptation du sujet, un renouveau de l'individu comme une forme de résilience.

Méthodologie de l'étude

Une étude qualitative conduite a été menée d'avril 2016 à mai 2018 sous la forme d'entretiens de type semi-directif. Le protocole de recherche a reçu un avis favorable du Comité d'Ethique du CHU de Limoges en date du 31 mars 2016 sous le numéro 189-2016-03.

Deux terrains d'enquête ont été investigués : le Limousin et l'Ile de La Réunion. L'enquête a été réalisée dans 10 EHPAD : 9 dans le Limousin et 1 sur l'Ile de la Réunion. Le choix du terrain de l'Ile de La Réunion partait du postulat que la solidarité familiale y est plus dynamique qu'en Métropole et de fait favorise le maintien au domicile de la personne âgée. Cependant, au fur et à mesure de la réalisation des entretiens et de leur analyse, nous n'avons pas observé de divergences (Haute-Vienne et Ile de La Réunion) ni dans les données recueillies. Les résultats de recherche ont donc été présentés ensemble.

Au total 57 entretiens semi-directifs ont été réalisés : 43 dans 9 EHPAD du Limousin et 14 dans 1 EHPAD de l'Ile de la Réunion auprès de : 15 personnes âgées (dont un couple) de toutes origines sociales et culturelles, de 22 professionnels de santé : infirmiers, aides-soignants, de 13 étudiants en santé et de 7 familles. Nous avons traité environ 20 heures d'enregistrement pour une durée moyenne d'entretien de 20 mn.

Le logiciel NVivo 11Plus ® a été utilisé pour structurer les idées du chercheur et rendre l'analyse plus robuste. Un travail d'analyse préalable à son utilisation a été réalisé grâce aux méthodes décrites par Kaufmann, 2011 ; Bardin, 1980 ; André et Bouaillaguet, 1997. Cette pré-analyse a suivi les étapes suivantes : plusieurs écoutes flottantes des entretiens ont été menées pour saisir les thèmes transversaux du message puis l'intégralité du contenu des entretiens a été retranscrite sur des fichiers Word (un par entretien) afin de conserver leur singularité. Les entretiens ont été anonymisés à l'aide d'un code alphanumérique : population enquêtée/numéro de l'entretien/numéro de la structure. Il s'est agi ensuite de lire et relire, pour s'imprégner du texte.

Le plan de l'analyse s'est ainsi structuré autour des thèmes dégagés et a constitué la base d'analyse dans le logiciel NVivo 11Plus ®. Un encodage informatique a été conduit, entretien par entretien, afin d'analyser le contenu et faire ressortir les thèmes et les sous-thèmes.

Quelques verbatim émanant du travail princeps du chercheur ont été utilisés et référencés dans l'analyse des résultats (Beloni, 2007).

Références

- Amiri, E., Khiavi, F. F., Dargahi, H., Dastjerd, E. (2017). Retirement homes : Social participation and quality of life. *Electronic Physician*, 9(4), 4108-4113.
Consulté le 20 juin 2019 à l'adresse <https://doi.org/10.19082/4108>
- Bardin, L. (1980). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Beloni, P. (2007). « Asseyez-vous, j'ai tant de choses à vous raconter ! » *Approche conceptuelle de la dimension socialisante du soin infirmier à partir du recueil de récits de vie de personnes âgées vivant en structure d'hébergement*. Mémoire pour l'obtention du titre d'ingénieur maître Université Paris 12.
- Beloni, P. (2019). *Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées*. [Thèse de doctorat, Université de Limoges].
<http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/2019LIM00037>
- Beloni, P., Hoarau, H., & Marin, B. (2019). La socialisation en maison de retraite, un enjeu pour le résident. Une étude ethnosociologique utile pour les infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 77-90.
- Bernard, Lahire. (1998). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris, Nathan.
- Bolliet, D. Schmitt, J.P. *La socialisation*. Paris : Bréal, 2002. 124 p.

- Bouisson, J., Reinhardt, J. C. (2000). *Seuils, parcours, vieillissements*. Paris : L'Harmattan.
- Cho, E., Kim, H., Kim, J., Lee, K., Meghani, S. H., Perrig, P., Hutchison, S. (2010). Pfliegende Angehörige : Befindlichkeit, Erwartungen, Hilfsbereitschaft, Probleme und Ressourcen. & Chang, S. J. (2017). Older Adult Residents' Perceptions of Daily Lives in Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 495-503. <https://doi.org/10.1111/jnu.12314>
- Collière, M.-F. (2001). *Soigner. le premier art de la vie*. Paris : Elsevier Health Sciences.
- Dubar, C. (1991). La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris : A. Colin, 2.
- Dupré-Lévêque, D. (2001). *Une ethnologue en maison de retraite : le guide de la qualité de vie*. Paris : Archives contemporaines.
- Gaudet, S. (2012). Lire les inégalités à travers les pratiques de participation sociale. *Sociologie*.
- Goffman, E., Castel, R. (2013). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Hervy, B. (2001). L'animation sociale avec les personnes âgées. *Gérontologie et société*, 24/ 96(1), 9-29.
- _____. (2003). *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées* :
- _____. (2008). Le vieillissement des rôles sociaux. *Vie sociale et traitements*, 99(3), 34-40.
- Hervy, B., Vercauteren, R. (2013). *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*. Toulouse : Erès.
- Herzlich, C. (2019). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale* (Vol. 5). <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles-0107-2021-15h23>
- Kafoa, N., Roumilhac, V. (2012). Renoncement ou renaissance du Soi du sujet âgé ? *Cliniques*, 4(2), 180-194.
- Kaufmann, J. C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.
- Kemp, C. L., Ball, M. M., Hollingsworth, C., & Perkins, M. M. (2012). Strangers and friends : Residents' social careers in assisted living. *Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 491-502.
- Le Breton, D. (2011). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses universitaires de France.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature : Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71(12), 2141-2149.
- Malewska-Peyre, H., & Tap, P. (1991). *La socialisation de l'enfance à l'adolescence*. FeniXX.
- Mallon, I. (2005). *Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

- Miron de l'Espinay, A., & Roy, D. (2020). Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA).
- Mollo-Bouvier S., Un itinéraire de socialisation : le parcours institutionnel des enfants, in
- Mucchielli, A. (2013). *L'identité*. Paris : Presses universitaires de France. Paris : Armand Colin.
- Park, N. S., Zimmerman, S., Kinslow, K., Shin, H. J., Roff, L. L. (2012). Engagement social dans l'aide à la vie et conséquences pour la pratique. *Journal of Applied Gerontology*, 31(2), 215-238. Consulté le 21 juin 2019 à l'adresse <https://doi.org/10.1177/0733464810384480>
- Raymond, É., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2013). *Participation sociale des aînés : la parole aux aînés et aux intervenants*. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.
- Robert, A. D., Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Roy, C., Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (Vol. 2). Stamford, CT : Appleton & Lange
- Shaw, R. L., West, K., Hagger, B., Holland, C. A. (2016). Living well to the end : A phenomenological analysis of life in extra care housing. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 31100. Consulté le 14 mai 2019 à l'adresse <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31100>
- Tanguy, L. (1993). La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles.
- Thomas, J. E., O'Connell, B., & Gaskin, C. J. (2013). Residents' perceptions and experiences of social interaction and participation in leisure activities in residential aged care. *Contemporary nurse*, 45(2), 244-254.