

La collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers dans les structures résidentielles du handicap en Suisse romande : développements et enjeux pour le champ du travail social

Collaboration between social educators and nurses in institutions for persons with disabilities in French-speaking Switzerland: Developments and challenges for the field of social work

Alida Gulfi, Valérie Perriard et Amélie Rossier

Volume 12, numéro 1, 2023

Ingénierie de professionnalisation et professions du social : une dialectique des pratiques et des activités

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1095151ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1095151ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université de Sherbrooke
Champ social éditions

ISSN

1925-4873 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gulfi, A., Perriard, V. & Rossier, A. (2023). La collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers dans les structures résidentielles du handicap en Suisse romande : développements et enjeux pour le champ du travail social. *Phronesis*, 12(1), 92–109. <https://doi.org/10.7202/1095151ar>

Résumé de l'article

Le vieillissement des personnes en situation de handicap et l'évolution de leurs problématiques impliquent des besoins accrus en matière d'accompagnement et de soins. Dans les structures résidentielles du handicap, les éducateurs sociaux et les infirmiers sont de plus en plus amenés à travailler ensemble au sein d'équipes socio-éducatives. Basé sur les travaux de la sociologie des groupes professionnels et de la collaboration interprofessionnelle, cet article analyse la collaboration interprofessionnelle entre des éducateurs sociaux et des infirmiers dans les institutions du handicap en Suisse romande, ceci à partir des regards croisés des professionnels concernés et des directions. Les entretiens apportent un éclairage sur les processus de redéfinition des territoires d'intervention entre les professions d'éducateur social et d'infirmier, par la mise en évidence de deux logiques institutionnelles de division du travail qui se développent dans les structures consultées, distinction formelle et non-distinction, des enjeux qu'elles soulèvent, ainsi que de la manière dont les professionnels se les approprient. Les résultats mettent également en exergue une bonne collaboration entre les deux professions, les champs de tension qui apparaissent ainsi que les éléments qui l'influencent.

La collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers dans les structures résidentielles du handicap en Suisse romande: développements et enjeux pour le champ du travail social

Alida GULFI, Valérie PERRIARD et Amélie ROSSIER

Haute École de Travail Social Fribourg (HES-SO), Suisse

Mots-clés : *éducateurs sociaux ; infirmiers ; collaboration ; division du travail ; handicap ; recherche qualitative*

Résumé : *Le vieillissement des personnes en situation de handicap et l'évolution de leurs problématiques impliquent des besoins accrus en matière d'accompagnement et de soins. Dans les structures résidentielles du handicap, les éducateurs sociaux et les infirmiers sont de plus en plus amenés à travailler ensemble au sein d'équipes socio-éducatives. Basé sur les travaux de la sociologie des groupes professionnels et de la collaboration interprofessionnelle, cet article analyse la collaboration interprofessionnelle entre des éducateurs sociaux et des infirmiers dans les institutions du handicap en Suisse romande, ceci à partir des regards croisés des professionnels concernés et des directions. Les entretiens apportent un éclairage sur les processus de redéfinition des territoires d'intervention entre les professions d'éducateur social et d'infirmier, par la mise en évidence de deux logiques institutionnelles de division du travail qui se développent dans les structures consultées, distinction formelle et non-distinction, des enjeux qu'elles soulèvent, ainsi que de la manière dont les professionnels se les approprient. Les résultats mettent également en exergue une bonne collaboration entre les deux professions, les champs de tension qui apparaissent ainsi que les éléments qui l'influencent.*

Collaboration between social educators and nurses in institutions for persons with disabilities in French-speaking Switzerland: developments and challenges for the field of social work

Keywords: *social educators; nurses; collaboration; division of labour; disability; qualitative research*

Abstract: *The ageing of people with disabilities and the evolution of their problems imply an increased need for support and care. In institutions for people with disabilities, social educators and nurses are called upon more and more to work together within socio-educational teams. Based on the perspective of sociology of professional groups and works on interprofessional collaboration, this article analyses the interprofessional collaboration between social*

educators and nurses in institutions for people with disabilities in French-speaking Switzerland, according to professionals concerned and employers. Interviews provide insight on the processes of redefining the areas of intervention between social educators and nurses, by pointing out two institutional modalities of division of labour in the consulted structures, formal distinction and no formal distinction, the issues they raise and how professionals make them their own. Results also highlight the good collaboration between these professions, the areas of tension and the influences on interdisciplinary collaboration.



Introduction

Contexte de la recherche

Les évolutions des problématiques des usagers¹ et de leur prise en charge requièrent un rapprochement des secteurs professionnels du social et de la santé qui s'observe dans des domaines toujours plus nombreux et variés (travail avec les personnes vieillissantes, milieu carcéral, santé mentale, migration, etc.) (Berthiaume, 2009 ; Fourdrignier, 2009 ; Jaeger, 2012 ; Raynault et Loncle, 2006). Dans les institutions du handicap, la question de la collaboration interprofessionnelle social-santé se pose avec acuité, en lien avec le vieillissement des bénéficiaires (Moulin et Palazzo-Crettol, 2016 ; Vujica, 2016).

Vieillesse des personnes en situation de handicap

En Suisse, comme dans d'autres pays occidentaux, les personnes en situation de handicap ont connu un fort accroissement de leur espérance de vie au cours des dernières décennies (Azéma et Martinez, 2005 ; CCDMA, 2013a, 2013b ; Delporte, 2015 ; Rothkegel, 2012). Si nous ne disposons pas de données statistiques nationales fiables pour rendre compte de cette évolution, elle est cependant largement constatée par les terrains professionnels et les associations qui les représentent (Infri, 2016 ; Insieme, 2017 ; INSOS, 2011) ainsi que par quelques études conduites à l'échelle régionale (CCDMA, 2013a ; Creux et Korpès, 2012 ; Gremaud, Charrière et Cappelli, 2009). Cette nouvelle longévité est notamment le fruit de la qualité croissante des dispositifs de dépistage, de diagnostic et de prise en charge médicale et thérapeutique du handicap (Azéma et Martinez, 2005 ; Zribi, 2012). Elle s'explique également par l'amélioration de la qualité de l'éducation, du réseau relationnel et des conditions de vie dont les personnes en situation de handicap bénéficient ainsi que par l'évolution des politiques sanitaires et sociales.

Le vieillissement de la majorité des personnes en situation de handicap ne se distingue pas de celui de la population générale. D'une part, l'avancée en âge entraîne chez tout un chacun le déclin des capacités et habilités (locomotrices, psychologiques, cognitives, etc.) et le développement de problèmes de santé (maladies cardiovasculaires, neurodégénératives et cancéreuses, atteintes sensorielles, etc.) (Azéma et Martinez, 2005 ; CCDMA, 2013a ; Zribi, 2012). D'autre part, le vieillissement est différentiel et ses effets (physiques, psycho-comportementaux, fonctionnels) résultent d'une interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels (i.e. caractéristiques du handicap, morbidités associées, problèmes de santé, événements de la vie, modes de vie et facteurs de risque, accès aux soins) dont les influences respectives varient d'une personne à l'autre (Azéma et Martinez, 2005 ; Zribi, 2012). En revanche, les conséquences du vieillissement des personnes en situation de handicap sont beaucoup plus importantes que pour la population générale (Haveman, 2004). En effet, les nouvelles déficiences qui apparaissent lors du vieillissement normal s'additionnent au handicap préexistant, ajoutant « de l'incapacité à l'incapacité » (Azéma et Martinez, 2005, p. 311). De même, le vieillissement engendre un potentiel accroissement des déficiences antérieures (Gohet, 2013). Ces différents éléments contribuent au risque de précipiter les « pertes » à différents niveaux : la mobilité, les contacts sociaux, les activités professionnelles ou occupationnelles, etc. (Azéma et Martinez, 2005 ; CCDMA, 2013a ; Gohet, 2013).

Avec le vieillissement et l'évolution de leurs problématiques, les personnes en situation de handicap développent de nouveaux besoins en matière d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, les soins et le suivi médical (CCDMA, 2013a, 2013b ; Creux et Korpès, 2012 ; Delporte, 2015). Toutefois, elles éprouvent souvent des difficultés à exprimer leurs besoins et attentes et le développement d'aides techniques pour y remédier (aides à la communication, échelles de douleur, etc.) peut s'avérer nécessaire (CCDMA, 2013a ; CNSA, 2010).

¹ La forme masculine est utilisée dans le présent document pour faciliter la lecture. Cette disposition ne reflète en rien une discrimination basée sur le genre et les termes employés s'appliquent aussi bien aux personnes de sexe féminin et masculin.

Certaines d'entre elles ne parviennent même pas à exprimer des plaintes caractérisées en raison de leur déficience, mais dont les signes peuvent apparaître par d'autres expressions (agitation, cris, mutisme, etc.). Un enjeu majeur se situe donc au niveau du repérage des besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes. En effet, quel que soit le lieu de vie, il est essentiel que les professionnels et la famille mettent en place une observation différentielle des signes de vieillissement ainsi qu'une évaluation individuelle des besoins de la personne et de son orientation en matière d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, de soins et de suivi médical (CNSA, 2010).

Viellissement et réorganisation au sein des institutions du handicap

Dans les institutions pour personnes en situation de handicap, le vieillissement des bénéficiaires et les besoins accrus qu'il implique en matière d'accompagnement, de soins et de suivi médical nécessitent une réflexion et des ajustements de taille (CCDMA, 2013a, 2013b ; Creux et Korpès, 2012 ; Delporte, 2015 ; Infri, 2016). Au niveau structurel, ces adaptations comportent la création de nouvelles structures ou la réorganisation des lieux de vie existants, notamment au niveau des espaces sur le plan architectural, de la dotation en matière de moyens auxiliaires et de la configuration des unités de vie ou des groupes éducatifs (CCDMA, 2013a ; CNSA, 2010 ; Delporte, 2015). Au niveau organisationnel et de l'accompagnement au quotidien, des changements dans la conception des projets de vie de la personne, des prestations spécifiques liées à l'accompagnement (par exemple, passage d'un objectif de développement des compétences des résidents à un objectif de maintien des acquis dans la perte de l'autonomie, équilibre entre activités individuelles et activités collectives) et des réaménagements des prestations de jour (par exemple, adaptation des activités professionnelles et de loisirs au niveau des horaires et des tâches) doivent être mis en place (Azéma et Martinez, 2005 ; CCDMA, 2013a ; CNSA, 2010 ; Scholder, 2012). L'organisation de prestations médicales et sanitaires (par exemple, accès à la prévention et aux soins spécialisés) peut s'avérer également nécessaire. Dans ce contexte, la présence de soignants, au côté de personnels socio-éducatifs, apparaît essentielle, car elle « permet d'accompagner l'augmentation des soins de base et de maintenir les résidents dans leur environnement jusqu'en fin de vie » (Scholder, 2012, p. 92). La question de la formation des équipes et des personnels socio-éducatif et soignant aux problématiques de la santé, du vieillissement et du handicap devient également centrale.

Vers une nécessaire collaboration entre personnels de l'éducation sociale et de la santé

L'augmentation des besoins en matière d'accompagnement social, médical et de soins des personnes en situation de handicap nécessite le croisement des compétences des personnels socio-éducatif et de la santé, ce qui implique de repenser la composition des équipes, notamment en matière de diversité des profils professionnels (Canton de Vaud, 2017 ; CCDMA, 2013a ; CNSA, 2010). Dans les structures résidentielles du handicap, les professionnels de l'éducation sociale et de la santé sont de plus en plus amenés à travailler ensemble au sein d'équipes socio-éducatives, ce qui constitue un défi aussi bien au niveau de la pratique professionnelle, de l'organisation du travail que de la structuration des institutions (INSOS, 2011 ; Vujica, 2016). Comment cette collaboration se développe-t-elle et quels enjeux soulève-t-elle pour les professionnels, la pratique sur le terrain et plus particulièrement pour le champ du travail social ?

Cette question soulève, au sein des milieux professionnels et de la formation, des questions et des enjeux relatifs à la professionnalisation du champ du handicap, à la construction identitaire des professionnels de l'éducation sociale et de la santé, aux spécificités, frontières et zones de tuitage entre les professions, ainsi qu'aux rapports entre ces professionnels. Des études sur la collaboration social-santé ont mis en évidence que, tout en étant perçue de manière globalement positive, la collaboration entre travailleurs sociaux et soignants est influencée par les représentations réciproques des missions et savoir-faire, la représentativité de chaque corps professionnel au sein des structures ainsi que par l'organisation du travail (projets institutionnels, organigrammes, espaces de pratiques, etc.) (Fondeville et Santiago-Sanz, 2016 ; Glaser et Suter, 2016 ; Mizrahi et Abramson, 2000). Ces études soulignent également la nécessité de décloisonner les secteurs sanitaire et social que ce soit au niveau des pratiques, des compétences que de la formation afin de favoriser la collaboration entre les professionnels pour améliorer la prise en charge globale des bénéficiaires. Quelques travaux sur la collaboration entre plusieurs groupes professionnels (éducateurs, enseignants, professionnels de la santé mentale et de la réhabilitation) dans le champ du handicap, plus spécifiquement de la pédagogie spécialisée (Emery, 2011 ; Oedegard, 2006 ; Pelletier, Tétreault, et Vincent, 2005 ; Thylefors,

2012 ; Wirz et Emery, 2015) ont mis en évidence la richesse et les obstacles liés à la diversité des cultures et des pratiques professionnelles dans l'accompagnement d'enfants présentant des besoins éducatifs particuliers. Les études empiriques qui abordent la collaboration interprofessionnelle social-santé étant rares, il nous a paru pertinent d'investiguer, au travers d'une recherche menée dans les institutions résidentielles² du handicap en Suisse romande, la collaboration entre des éducateurs sociaux et des infirmiers ainsi que les enjeux qu'elle soulève (Perriard, Gulfi et Rossier, 2020).

Cadre théorique

Pour étudier cette question, notre recherche³ a pris appui sur deux approches théoriques, celle de la sociologie des groupes professionnels et celle de la collaboration interprofessionnelle.

Deux groupes professionnels : les éducateurs sociaux et les infirmiers

Selon la perspective de la sociologie des groupes professionnels, les éducateurs sociaux et les infirmiers sont considérés comme deux groupes professionnels, c'est-à-dire « des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique » (Demazière et Gadéa, 2009, p. 20). Suivant l'approche interactionniste et l'idée de construction sociale privilégiées par ce courant, les groupes professionnels sont perçus comme des processus interactifs et dynamiques, « évolutifs, vulnérables, ouverts, instables » (*ibid.*, p. 20), « dont le devenir, jamais acquis, se joue en tension entre des forces internes et externes » (Bercot, Divay et Gadéa, 2012, p. 2).

La recherche sociologique sur les groupes professionnels analyse principalement la dynamique desdits groupes, c'est-à-dire les processus par le biais desquels les activités professionnelles émergent, se transforment, se différencient, voire disparaissent (Bercot *et al.*, 2012 ; Demazière et Gadéa 2009 ; Dubar, Tripier et Boussard, 2011). Ce courant se révèle pertinent dans le cadre de cette recherche pour comprendre comment les territoires, pratiques et logiques de l'intervention socio-éducative se redéfinissent au travers de la collaboration entre des éducateurs sociaux et des infirmiers. Ainsi, reprenant des questions centrales abordées par ce courant, cette recherche a investigué les mécanismes de re-composition de la division du travail entre ces deux groupes professionnels, les mouvements dans les attributions (des fonctions, responsabilités, activités, compétences, rôles) et les spécialisations professionnelles, qui s'opèrent dans les structures résidentielles du handicap. Cette approche nous a permis d'explorer les rapports entre les éducateurs sociaux et les infirmiers, de même que les régulations formelles et informelles mises en œuvre par ces acteurs pour contrôler, défendre, voire étendre leur espace d'intervention.

La collaboration interprofessionnelle dans une perspective écosystémique

Notre recherche s'est basée sur les travaux sur la collaboration interprofessionnelle de D'Amour *et al.* (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Beaulieu, 2005 ; D'Amour et Oandasan, 2005 ; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour et Ferrada-Videla, 2005). Cette approche écosystémique envisage la collaboration interprofessionnelle comme un processus interactif et dynamique par lequel les professionnels, ici les éducateurs sociaux et les infirmiers, réfléchissent et développent des pratiques qui fournissent une réponse intégrée et cohérente aux besoins du bénéficiaire (Bronstein, 2003 ; D'Amour et Oandasan, 2005), dans le but d'améliorer sa prise en charge et son bien-être (D'Amour *et al.*, 2005 ; Emery, 2015).

² Les structures résidentielles correspondent à des établissements socio-éducatifs qui accueillent des personnes en situation de handicap (handicap mental, physique, psychique ou polyhandicap). Dans ces structures, le projet d'accompagnement socio-éducatif est central, contrairement aux structures médicalisées, qui n'ont pas fait l'objet de notre recherche, dans lesquelles le projet de soin est déterminant. La structure résidentielle renvoie au Foyer de vie et la structure médicalisée au Foyer d'accueil médicalisé en France.

³ L'étude a bénéficié du soutien financier de la HES-SO, la Haute école spécialisée de Suisse occidentale.

Cela implique que les professionnels ajustent constamment leur pratique en fonction des caractéristiques des bénéficiaires pris en charge, mais également en regard des responsabilités et activités à mener, des autres groupes professionnels et des cadres institutionnels dans lesquels ils évoluent (Emery, 2015). Le bénéficiaire est au cœur de la pratique en collaboration interprofessionnelle, laquelle peut prendre différentes formes en fonction des éléments situationnels liés au bénéficiaire, tels que sa situation spécifique, la complexité de ses besoins, son projet de vie ou la place de sa famille (Aiguier, Poirette et Pélissier, 2016 ; Oandasan et Reeves, 2005). La collaboration interprofessionnelle dépend également d'autres facteurs. Au niveau micro-social, les facteurs liés à la relation interpersonnelle entre professionnels, notamment les représentations et expériences en matière de collaboration ainsi que les rapports qui se développent entre eux. Au niveau méso-social, les facteurs liés au contexte de travail, par exemple, la philosophie de l'institution et de son management, la structure organisationnelle de l'établissement en matière de cahiers des charges, de répartition des responsabilités et activités, de la collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers. Au niveau macro-social, les facteurs relevant des contextes économiques, politiques, sociaux et culturels externes à l'institution, notamment les politiques socio-éducatives et sanitaires qui orientent la prise en charge des personnes en situation de handicap et les cursus de formation en travail social et en santé.

Les approches de la sociologie des groupes professionnels et de la collaboration interprofessionnelle partagent quelques points communs. D'une part, elles considèrent toutes deux les groupes professionnels comme des processus interactifs, dynamiques et transformatifs (Bercot et al., 2012 ; Bronstein, 2003 ; D'Amour *et al.*, 2005 ; Demazière et Gadéa, 2009). D'autre part, les groupes professionnels et la collaboration interprofessionnelle sont perçus comme largement influencés par les contextes dans lesquels ils s'inscrivent et évoluent (Conq, 2010 ; D'Amour et Oandasan, 2005 ; Vezinat, 2016).

Prenant appui sur cette recherche, le présent article met en évidence et discute les questions suivantes. Quelles sont les pratiques d'engagement et de composition des équipes entre des personnels socio-éducatif et soignant ? Quelles sont les logiques institutionnelles de division du travail qui se mettent en place entre éducateurs sociaux et infirmiers ? Comment les professionnels s'approprient-ils de ces logiques de division du travail ? Quelles sont les représentations réciproques des missions et compétences entre éducateurs sociaux et infirmiers ? Quelles sont leurs perceptions de la collaboration interprofessionnelle ?

Cadre méthodologique

D'un point de vue méthodologique, cette recherche s'est appuyée sur une approche mixte (Creswell, 2009), combinant une analyse documentaire, un sondage par questionnaire et une enquête par entretiens, à des étapes successives de la recherche. Le présent article porte uniquement sur les données qualitatives récoltées lors de l'enquête par entretiens.

Recrutement et participants

Le recrutement des participants à la recherche s'est fait en deux étapes.

Dans un premier temps, un sondage par questionnaire a été envoyé aux directions de l'ensemble des structures résidentielles francophones ($n = 63$) accompagnant des personnes adultes en situation de handicap (mental, physique, psychique et/ou polyhandicap) dans deux cantons de Suisse romande (Fribourg, Vaud). Le but de ce sondage était d'identifier les institutions qui comptent des équipes socio-éducatives composées à la fois d'éducateurs sociaux et d'infirmiers. Sur les 41 institutions qui ont retourné le questionnaire rempli (taux de réponse de 65 %), 17 (41 %) ont mentionné avoir des équipes « mixtes ».

Dans un deuxième temps, des professionnels concernés et des directions travaillant dans 12 de ces 17 institutions ont accepté de participer à un entretien individuel. Au total, 36 entretiens semi-directifs (12 entretiens par groupes d'acteurs) ont été menés avec les directions⁴ ainsi qu'avec les éducateurs sociaux et les infirmiers exerçant dans des équipes socio-éducatives mixtes. Les participants ont été recrutés sur une base volontaire.

⁴ Quelques entretiens avec les directions ont été menés en binôme.

Conformément à la féminisation des professions des domaines du travail social et de la santé, plus de femmes (n = 23) que d'hommes (n = 14) ont participé à l'enquête par entretien. L'âge moyen des participants était de 44 ans (étendue allant de 25 à 61 ans) et la plupart (n = 24) étaient de nationalité suisse⁵.

Collecte et analyse des données

Deux guides d'entretiens semi-directifs - l'un à l'intention des directions, l'autre des professionnels - ont été élaborés sur la base du cadre théorique de la recherche et en lien avec ses objectifs. Cinq thèmes ont été explorés : (1) le contexte professionnel et les pratiques d'engagement et de composition des équipes professionnelles (par exemple, Quelle est la répartition entre les personnels de l'éducation sociale et de la santé dans votre institution et au sein des équipes ? Qui décide de cette répartition et sur quelle base ?) ; (2) les responsabilités, activités et compétences des éducateurs sociaux et des infirmiers (par exemple, Quelles sont les activités et les responsabilités au quotidien de l'éducateur social et l'infirmier ? Pour réaliser ces activités et responsabilités, de quelles compétences doivent faire preuve l'éducateur social et l'infirmier en termes de savoirs, savoir-faire, savoir-être ?) ; (3) l'attribution des responsabilités et activités aux deux groupes professionnels et les aspects du cadre prescriptif (par exemple, Comment s'opère l'attribution des activités et responsabilités entre l'éducateur social et l'infirmier ? Qui définit « qui fait quoi » et comment ? Quelles sont les classes salariales d'un éducateur social et d'un infirmier ?) ; (4) la collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers (par exemple, Comment se passe la collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers ? Quels sont les éléments qui favorisent la collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers et quels sont les obstacles ?) ; et (5) les représentations des acteurs de l'avenir des éducateurs sociaux et des infirmiers et de leur collaboration (par exemple, Comment envisagez-vous l'avenir de chacune de ces professions – infirmier, éducateur social – dans votre institution ? Selon vous, comment la collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers est-elle susceptible d'évoluer à l'avenir ?). Les thèmes abordés étaient les mêmes dans les deux guides, mais certaines questions ont été adaptées en fonction des groupes d'acteurs interviewés. Les entretiens ont duré, en moyenne, 1h15. Ils ont tous été enregistrés avec l'accord des participants.

Les données recueillies ont été soumises à une analyse thématique classique (Bardin, 2016 ; Miles, Huberman et Saldaña, 2014) : retranscriptions intégrales, pré-analyse, codage, analyse et interprétation des données. Un codage mixte hypothético-déductif et inductif a été effectué (Paillé et Mucchielli, 2016). Les analyses ont été réalisées dans un premier temps par entretien, puis de façon transversale, comparant les réponses et relevant les similitudes et différences entre les institutions participantes et les trois groupes d'acteurs - directions, éducateurs sociaux et infirmiers - interviewés.

Résultats

Les résultats proposent une vue d'ensemble des pratiques d'engagement et de composition des équipes professionnelles, des logiques institutionnelles de division du travail entre éducateurs sociaux et infirmiers ainsi que du positionnement des acteurs face à ces logiques. De même, sont présentés les rapports entre éducateurs sociaux et infirmiers, notamment leurs représentations réciproques, leur collaboration et les facteurs qui l'influencent.

Pratiques d'engagement et de composition des équipes professionnelles

Selon les participants, la quasi-totalité des structures résidentielles participantes comptent des équipes socio-éducatives mixtes social-santé « depuis plusieurs années »⁶, mais leur présence n'a pas toujours été systématique ni formalisée.

L'engagement de personnel de la santé et la constitution d'équipes mixtes s'expliquent principalement par

⁵ Nous n'avons pas à disposition les données sociodémographiques de trois acteurs d'une même institution.

⁶ Les mots ou passages du texte rédigés entre guillemets renvoient à des citations extraites des entretiens avec les participants de la recherche.

l'augmentation des besoins en matière d'accompagnement et de soins des résidents, liée à leur « vieillissement » ainsi qu'au type et à la « complexité du handicap », qui nécessite le croisement des connaissances, compétences et expertises des personnels socio-éducatifs et soignants. Les directions précisent que la constitution d'équipes mixtes a engendré deux changements majeurs dans leur institution : d'une part, la prise en charge des résidents est devenue davantage globale, d'autre part, la présence des infirmiers dans les équipes constitue désormais un « soutien » pour les éducateurs sociaux au niveau des soins aux résidents. Plusieurs participants soulignent qu'il n'a pas été aisé pour les infirmiers de se faire une place au sein de cet univers socio-éducatif, même si leur arrivée a contribué à une meilleure « acceptation du corps médical » dans les structures du handicap.

Au niveau de la répartition des professionnels, les entretiens mettent en évidence une plus forte représentativité des professionnels de l'éducation sociale par rapport aux professionnels de la santé (70-75 % versus 25-30 %), ceci dans la majorité des institutions consultées. Cette répartition est notamment liée à la nature de la prise en charge dans les institutions socio-éducatives, qui implique d'employer davantage de personnels socio-éducatifs que de personnels soignants, contrairement aux structures médicalisées. Toutefois, la majorité des participants sont d'avis que cette répartition va évoluer vers une plus grande présence de soignants, en raison de l'évolution des problématiques des résidents et de leur prise en charge.

Deux logiques institutionnelles de division du travail : spécificités et zones de tuitage entre éducateurs sociaux et infirmiers

Deux logiques de division du travail ont été identifiées au sein des institutions du handicap consultées. L'une, qui concerne les trois-quarts des établissements, implique une distinction sur le plan formel entre éducateurs sociaux et infirmiers qui disposent chacun d'un descriptif de poste spécifique. Toutefois, les participants précisent que leurs cahiers des charges respectifs comprennent de nombreuses responsabilités et activités communes, notamment au niveau de l'accompagnement au quotidien et de la référence des résidents. La distinction formelle concerne principalement les responsabilités et activités liées au suivi médical qui sont exclusivement attribuées aux infirmiers.

« J'ai consulté le descriptif de poste des infirmiers... il y a un chapitre spécifique qui s'intitule "Assurer un suivi médical spécifique". Donc là, eux ils ont ça, alors que les éducateurs ne l'ont pas. [...] Les éducateurs ont six responsabilités principales alors que les infirmiers en ont sept, dont une spécifique liée au suivi médical. » (Direction, femme, 42 ans)

L'autre logique consiste à ne pas distinguer les personnels sur le plan formel : éducateurs sociaux et infirmiers sont tous deux engagés à la fonction d'éducateur et partagent le même cahier des charges, avec des responsabilités et activités prescrites identiques. Ainsi, même si les infirmiers ont la formation nécessaire, ils ne peuvent pas effectuer le suivi médical des résidents qui doit être assuré par des services médicaux, internes ou externes à l'institution.

« Chez nous, tous les cahiers des charges sont identiques, que la personne ait une formation d'infirmier ou d'éducateur, ça ne change pas. Ils sont tous engagés comme éducateur. » (Direction, femme, 53 ans)

À noter que les logiques de division de travail ont évolué au cours de ces dernières années : plusieurs institutions participantes se caractérisent par le passage récent d'une non-distinction vers une distinction formelle entre éducateurs sociaux et infirmiers.

Dans toutes les institutions sollicitées, l'accompagnement au quotidien des résidents implique, pour les éducateurs sociaux et les infirmiers, des activités de soins de base (« lever » et « coucher » les résidents, « leur donner à manger », « tout ce qui est douche, hygiène », etc.) et des actes médico-techniques simples délégués (« donner des médicaments », « pansements simples », « mesure de la température », etc.). Ces actes délégués doivent être enseignés dans le cadre d'une formation réglementée, puis supervisés et évalués par des infirmiers, tel qu'exigé par les recommandations cantonales (DSAS et SPAS, 2012). L'accompagnement au quotidien comporte également des activités relationnelles et éducatives (« discuter avec les résidents », « les écouter », « les reconforter », etc.), l'organisation et l'accompagnement des résidents dans les activités de loisirs (« aller à la piscine », « sortir boire un verre », « dessiner », etc.) ainsi que dans les tâches d'intendance (« préparer le repas », « ménage », « s'occuper du linge », etc.).

Les éducateurs sociaux et les infirmiers assument également un rôle de référent ou de co-référent pour le

résident, qui signifie « avoir la responsabilité globale » de la situation du résident. Cette responsabilité comprend des activités d'élaboration, de planification, de suivi et d'évaluation du « projet » personnel du résident, notamment l'analyse des « besoins » du résident, la définition, la mise en place et le suivi des « objectifs », la gestion de la situation du résident sur le plan administratif et « financier », ainsi que l'élaboration des « bilans » et des « synthèses » d'accompagnement. Agir en tant que personne de référence implique également le partenariat avec la famille (ou les représentants légaux) du résident et avec les autres professionnels qui l'entourent (« médecins », service de curatelles, réseau « interdisciplinaire », etc.).

Les éducateurs sociaux et les infirmiers partagent également des responsabilités et activités spécifiques liées au fonctionnement du groupe socio-éducatif ou de l'institution (« horaires de travail », « animation », « comptabilité », etc.) ainsi que des activités de communication et de collaboration (« bureau », colloques, supervisions, etc.) avec d'autres professionnels, que ce soit au sein de l'équipe socio-éducatif ou de l'institution (par exemple, stagiaires, veilleuses) ou avec le réseau professionnel externe.

L'exercice de ces responsabilités et activités communes mobilise des compétences indifférenciées de la part des éducateurs sociaux et des infirmiers dans l'accompagnement au quotidien des résidents : être à même de développer une relation avec les résidents (« empathie », « écoute », « communication », etc.) et de gérer le groupe éducatif (« manager », « gestion de conflits », etc.), avoir des connaissances et expériences dans le domaine de l'intervention, du handicap et des soins de base. Il requiert également des compétences en matière de référence des résidents, par exemple, avoir des capacités d'« observation » et d'« analyse » de la situation, savoir « construire des projets », être en mesure de rédiger des bilans et synthèses d'accompagnement, « faire preuve d'organisation, de planification ». Finalement, il nécessite des compétences de travail en équipe (être capable de collaborer avec les collègues, de « communiquer », de « s'organiser », de gérer les éventuels conflits, etc.) ainsi que des savoirs-être transversaux aux responsabilités et activités réalisées (« faire preuve d'initiative », « respect », « adaptation », etc.).

Dans les institutions qui opèrent une distinction formelle, seuls les infirmiers sont autorisés à assumer des responsabilités et activités liées à des actes médico-techniques complexes (« prises de sang », « injections », « sondes », etc.). Ils sont également chargés d'organiser et d'accompagner les résidents aux « rendez-vous médicaux », de « collaborer avec les médecins », de contrôler et gérer la « pharmacie » de l'institution ainsi que de la « prévention » des maladies et de la « promotion de la santé ». Finalement, ils sont appelés à enseigner, superviser et évaluer les actes médico-techniques délégués effectués par les éducateurs sociaux ainsi qu'à leur transmettre leur expertise médicale. Les infirmiers doivent posséder des compétences spécifiques pour assumer le suivi médical des résidents, notamment des connaissances théoriques et pratiques concernant la santé des résidents, les soins de base et les soins médicaux.

Position des acteurs face aux logiques de division du travail

En référence aux discours des participants, chacune des logiques de division du travail présente des avantages, mais également des inconvénients.

Distinction formelle : une logique pertinente, mais un risque de spécialisation et hiérarchisation de l'intervention

Pour les directions et professionnels qui l'expérimentent, la distinction formelle de certaines responsabilités et activités entre éducateurs sociaux et infirmiers est pertinente, car elle prend en compte et « valorise » les différences de formation et les spécificités de chaque profession, en termes de connaissances, compétences et expertises.

« Je trouve important de les différencier dans le sens où de toute façon on ne peut pas nier les compétences, les fonctions, les formations différentes. » (Infirmier, femme, 26 ans)

Elle présente également l'avantage de « clarifier » les rôles, responsabilités et activités des éducateurs sociaux et des infirmiers, en fonction de leurs professions et compétences respectives.

« L'avantage c'est que chacun a son poste bien défini et sait ce qu'il a le droit de faire et ce qu'il n'a pas le droit de faire. » (Éducateur social, femme, 43 ans)

Cependant, la distinction formelle comporte, selon les participants, le risque d'une spécialisation et/ou d'une hiérarchisation des activités et des professions d'éducateur social et d'infirmier, qui contreviendrait à une pratique globale et unitaire de l'intervention et pourrait conduire à une « scission » entre les deux groupes professionnels.

Non-distinction : une logique qui évite la segmentation, mais nie les différences de formation et de profession

Selon les personnes interviewées, l'attribution de responsabilités et activités largement communes aurait pour principal atout de permettre aux résidents de vivre « dans un lieu de vie ».

« C'est parce qu'ici, pour les résidents, c'est leur maison. Nous, on vient chez eux pour les aider à vivre leur vie. Et puis une maison, ils n'habitent pas dans un hôpital, ils n'habitent pas dans un service infirmier. » (Direction, femme, 53 ans)

Elle contribuerait également au maintien d'un travail éducatif unifié, avec des objectifs communs et un « accompagnement global », « complémentaire » et « pluridisciplinaire » des résidents qui bénéficient ainsi à la fois d'un accompagnement socio-éducatif, de soins réguliers et d'un suivi médical, apportant des « réponses de qualité » à leurs besoins.

Finalement, la non-distinction des responsabilités et activités permettrait aux éducateurs sociaux et aux infirmiers de partager et acquérir des connaissances et des compétences.

Cette logique semble cependant comporter quelques limites, les principales étant la difficulté pour les éducateurs sociaux et les infirmiers de « trouver leur place » et de faire reconnaître et valoriser leurs connaissances et compétences spécifiques dans un contexte où tous les professionnels partagent les mêmes responsabilités et activités.

« Mais pour moi, ce n'est pas valoriser les collaborateurs et leurs compétences d'avoir un cahier des charges unifié. » (Direction, femme, 52 ans)

Les participants soulignent également que le partage d'une vision et d'objectifs communs pour la prise en charge des résidents est chronophage.

« C'est très lent, il faut discuter tous ensemble pour se mettre d'accord, il faut mettre à niveau l'information pour que tout le monde puisse comprendre là où on veut en venir parce que pas tout le monde a le même bagage à la base pour arriver à comprendre la réflexion et pourquoi c'est important de mettre ça comme ça et pas autrement en place. Ça c'est des deux côtés. » (Éducateur, femme, 45 ans)

Rapports entre éducateurs sociaux et infirmiers

Pour explorer les rapports entre éducateurs sociaux et infirmiers, nous avons dans un premier temps questionné les deux groupes professionnels sur les représentations réciproques des missions et des compétences.

Représentations réciproques des missions et compétences

Tout d'abord, certains éléments de représentation traduisent une réalité partagée par les deux groupes professionnels.

En effet, les deux professions sont perçues réciproquement par les éducateurs sociaux et les infirmiers comme « nécessaires » à l'accompagnement des résidents en situation de handicap, en particulier des personnes vieillissantes.

Elles sont également vues comme interdépendantes - « l'une » ne pouvant pas « faire du bon travail sans l'autre » - et « complémentaires » au niveau des « regards », « points de vue », « approches », « logiques », « compétences », « connaissances », « forces », « spécificités » et « expertises ».

De même, les deux professions poursuivent une vision et des objectifs communs, à savoir « le bien-être » des résidents et l'amélioration de la prise en charge de leurs besoins.

Elles partagent également plusieurs compétences, notamment au niveau relationnel et de l'accompagnement, par exemple, la capacité à « mettre l'humain au centre » et à « entrer en relation » avec les résidents, « l'écoute », « l'attention » et « la bienveillance ».

Des participants estiment par ailleurs que les éducateurs sociaux et les infirmiers se rejoignent sur le plan des « valeurs », se traduisant notamment par une adhésion à une culture et une « identité » institutionnelles communes.

En revanche, selon les interviewés, les deux groupes professionnels adoptent des attitudes différentes. L'éducateur social est décrit comme exerçant avec « souplesse », agissant « au feeling » et apparaît comme un « rebelle dans l'âme » qui « n'aime pas trop la hiérarchie », alors que l'infirmier est perçu comme faisant preuve de « rigueur », « organisé », « cadré » et « habitué à un fonctionnement hiérarchique ».

Les éducateurs sociaux et les infirmiers portent en outre un « regard » (c'est-à-dire des observations, analyses et réflexions) différent sur les situations des résidents et une « sensibilité » propre à chaque profession. D'une part, l'éducateur social a un regard « orienté socio-éducatif » : il favorise l'« autonomie » des résidents, la mise en évidence de leurs « ressources » et le travail « avec la personne ». D'autre part, l'infirmier a un regard « orienté soins », en privilégiant avant tout la « santé à tout prix » et la « sécurité » des résidents et en étant davantage centré sur « l'analyse des déficits » et la mise en exergue des « problématiques » (de soins) des résidents. Par ailleurs, l'exécution de divers gestes techniques dans les soins impliquerait pour l'infirmier de travailler parfois plus « pour » qu'« avec » la personne.

Ces différences sont liées, selon les participants, à des « cultures » et des « formations » spécifiques aux éducateurs sociaux et aux infirmiers qui entraînent une vision différente de la personne en situation de handicap et de leurs mandats respectifs ainsi qu'une « manière différente » de faire face aux situations nombreuses et complexes de l'accompagnement des résidents. L'éducateur social y répondrait davantage par une prise en charge socio-éducatif globale, l'infirmier par une prise en charge au niveau des soins. Ainsi, la profession d'éducateur social consisterait d'abord à « accompagner », celle d'infirmier à « soigner ».

Collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers

Du point de vue des participants, la collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers « se passe bien », quelle que soit la logique institutionnelle à l'œuvre en matière de division du travail entre les deux professions, distinction formelle ou non-distinction. Elle se traduit notamment par une « bonne entente » et « ambiance » de travail ainsi que par une « expérience positive », exempte de « conflits » et de « problèmes » majeurs. Hormis la « complémentarité », la « richesse », le « respect », la « communication » et la compréhension mutuelle ont été les mots-clés le plus souvent utilisés par les professionnels pour la décrire.

La collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers, n'exclut cependant pas des difficultés. Les participants soulignent en effet que parfois elle n'est « pas facile », ni « évidente », voire par moments « compliquée ». Ces difficultés peuvent s'exprimer par des « tensions », des interactions « sur la défensive » ou « explosives », ou par le développement de « rapports de force ». Selon les participants, ces difficultés sont le plus souvent générées par de mauvaises « compréhensions », issues d'une appartenance à des domaines professionnels différents et d'attitudes consistant à rester campé sur ses propres perceptions et positions. Certaines conditions semblent en outre propices à l'émergence de difficultés de collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers, telles des situations de résidents particulièrement « complexes » à gérer ou un contexte de surcharge de travail.

Les participants ont également relevé des éléments qui facilitent ou entravent la collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers.

Au niveau microsocial, le travail d'équipe apparaît comme un facteur clé de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, partager des « missions » et des « buts communs » centrés sur les résidents ainsi que pouvoir « communiquer » et « échanger » au sein de l'équipe sont perçus comme favorables pour la collaboration interprofessionnelle. Inversement, les enjeux de pouvoir et de territoire qui peuvent apparaître lorsque des éducateurs sociaux et des infirmiers adoptent une perspective et des attitudes centrées sur leur profession respective, sont vus comme peu propices. En ce sens, la non-prise en compte de l'autre profession dans le travail d'équipe ainsi qu'un regard circonscrit à sa propre profession, constituent, selon les participants, des entraves à la collaboration.

Dans les relations interpersonnelles, les répondants relèvent dès lors l'importance et le besoin d'avoir de la « confiance », de la « compréhension », du « respect mutuel », de faire preuve de « transparence », d'« adaptation » et d'« ouverture » envers les collègues issus de domaines professionnels différents. La connaissance mutuelle ainsi que l'expérience du travail en équipe mixte social-santé semblent également profitables à la collaboration interprofessionnelle.

Concernant le contexte organisationnel, divers facteurs ont été mis en évidence comme déterminants de la collaboration interprofessionnelle. Premièrement, le positionnement institutionnel. Une philosophie de l'institution, qui soutient clairement la collaboration interprofessionnelle, la « prône » et l'« insuffle », ainsi que l'existence de documents institutionnels qui y font référence (par exemple, des chartes, des concepts d'accompagnement ou des règlements) sont vus comme de véritables soutiens. Inversement, les participants soulignent qu'un flou au niveau du positionnement institutionnel concernant la collaboration interprofessionnelle nuit à celle-ci. Le deuxième élément concerne l'organisation du travail. Une attribution formelle claire, notamment via les descriptifs de fonction ou les cahiers des charges, des rôles, responsabilités, activités et compétences entre éducateurs sociaux et infirmiers favorise, du point de vue des participants, la collaboration interprofessionnelle. En effet, elle permet à chaque professionnel de savoir ce qu'il peut faire ou non, soit de définir et délimiter son territoire d'intervention. Les interviewés notent cependant qu'une répartition sur le plan formel trop rigide et déséquilibrée des responsabilités et activités entre les éducateurs sociaux et les infirmiers, peut également « cristalliser » le fonctionnement des équipes et, par conséquent, entraver la collaboration interprofessionnelle. En d'autres termes, les professionnels souhaitent disposer d'un cadre institutionnel en matière d'organisation du travail, mais également bénéficier d'une certaine marge de manœuvre par rapport à ce cadre. Enfin, selon les participants, la collaboration interprofessionnelle est facilitée par la mise à disposition des professionnels de services et ressources suffisants et adéquats, notamment du temps et des espaces pour communiquer, échanger, se coordonner (par exemple, des colloques, des supervisions, des journées au vert). À l'inverse, le manque de temps pour échanger, souvent lié à la surcharge de travail, est perçu par les participants comme un obstacle. Les professionnels aimeraient également pouvoir profiter de formations pour apprendre à mieux collaborer, que ce soit au niveau de la formation initiale que de la formation continue.

S'agissant des aspects macrosociaux, la dotation en personnel attribuée aux structures résidentielles du handicap apparaît comme un facteur d'influence. Des participants mentionnent à ce titre un manque de personnel pour faire face à des situations de résidents de plus en plus complexes, qui prêterite la collaboration interprofessionnelle. Ils expriment le besoin « d'avoir plus de dotation », tout en considérant cette perspective peu « réaliste » en raison de la situation économique actuelle.

Discussion

Les pratiques d'engagement et de composition des équipes à l'œuvre dans les institutions consultées mettent en évidence que, comme le soulignent Kuehni et Bovey (2017), le travail social dans le domaine du handicap se situe au croisement des domaines socio-éducatif et sanitaire. En effet, la mixité des personnels socio-éducatifs et soignants dans les équipes est historique dans la plupart des institutions consultées, en lien avec le vieillissement et l'augmentation des problématiques des résidents ainsi que l'évolution logique des besoins de prise en charge vers plus de besoins en soins courants et en soins médico-techniques. Cette mixité permet de maintenir les résidents dans leurs lieux de vie le plus longtemps possible (Scholder, 2012) et d'éviter leur transfert dans des établissements médicalisés. Les résultats montrent également une nette prédominance numérique des professionnels de l'éducation sociale par rapport aux professionnels de la santé au moment de l'enquête. Ces pratiques d'engagement et de répartition des personnels reflètent les directives nationales (Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides, 2017) et intercantionales (CDAS, 2019) qui exigent que les institutions résidentielles du handicap adulte disposent d'infrastructures, d'offres de prestation et de personnel qualifié pluridisciplinaire adaptés aux besoins en matière de soins et d'encadrement des personnes accueillies. Elles respectent également les recommandations cantonales (CCDMA, 2013a ; Conseil d'État du canton de Fribourg, 2010 ; DSAS et SPAS, 2010) concernant la dotation en soignants pour répondre à l'introduction de prestations sanitaires et médicales, les proportions entre personnels socio-éducatif (axé prioritairement sur l'accompagnement social) et de la santé (axé avant tout sur les prestations sanitaires) pour les établissements socio-éducatifs non médicalisés du domaine du handicap ainsi que les conditions de délivrance des prestations de soins et

d'actes médico-techniques selon la profession et le niveau de formation⁷. Finalement, les pratiques d'engagement et de composition des équipes révèlent également une tendance susceptible de s'orienter à l'avenir vers le recrutement de plus de soignants, en raison de besoins accrus en matière de soins qu'implique l'évolution des problématiques des résidents. La perspective d'une présence plus importante des professions de la santé dans un secteur qui, à l'origine, relève de la « juridiction » des professions sociales (Vezinat, 2016), n'est pas sans interroger les éducateurs sociaux, mais aussi des directions quant au potentiel développement d'une intervention davantage médicale au sein de ces structures. Celle-ci pourrait en effet remettre en question la nature socio-éducative de la prise en charge des résidents (Conseil d'État du canton de Fribourg, 2010 ; DSAS et SPAS, 2010).

Les résultats apportent également un éclairage sur les processus de (re-) définition des territoires d'intervention entre les professions d'éducateur social et d'infirmier par la mise en lumière de deux logiques de division du travail dans les institutions consultées. La première, majoritaire et en extension au cours des dernières années, implique une distinction formelle entre éducateurs sociaux et infirmiers qui se traduit par un cahier des charges largement partagé et une distinction uniquement au niveau des responsabilités et activités liées au suivi médical qui sont attribuées aux infirmiers. La seconde consiste à ne pas distinguer sur le plan formel : éducateurs sociaux et infirmiers sont engagés à la fonction d'éducateur et partagent un cahier des charges totalement identique, les activités et responsabilités liées au suivi médical étant alors confiées à l'externe de l'équipe socio-éducative. Ces résultats mettent en évidence que les frontières professionnelles entre éducateurs sociaux et infirmiers apparaissent très ténues. En effet, quelle que soit la logique de division de travail à l'œuvre, ces deux groupes professionnels partagent nombre d'espaces d'intervention communs en termes de responsabilités et activités au niveau de l'accompagnement au quotidien et de la référence des résidents, mais aussi de la gestion du groupe socio-éducatif ou de l'institution ainsi que des activités de communication et de collaboration à l'interne ou l'externe de l'institution. Le suivi médical et les compétences spécifiques mobilisées, qui sont distinctifs du travail des infirmiers, se posent comme les seuls éléments de distinction entre les deux groupes professionnels, et ce uniquement dans les institutions qui opèrent une distinction formelle. Ce brouillage des frontières entre ces deux groupes professionnels questionne également l'autonomie professionnelle des éducateurs sociaux et des infirmiers (Molina, 2017), autonomie qui est fondée sur un savoir spécialisé. Les résultats montrent également que, dans les institutions du handicap, les éducateurs sociaux sont appelés à prodiguer des actes médico-techniques généralement réservés aux infirmiers et, inversement, les infirmiers exercent des responsabilités et activités socio-éducatives (accompagnement, référence) normalement dévolues au personnel de l'éducation sociale. Si les processus de division du travail ont des « limites toujours fluctuantes » (Hughes, 1996, p. 67), cette redistribution des responsabilités et activités entre éducateurs sociaux et infirmiers peut susciter, chez les professionnels, des brouillages de leur identité professionnelle. En effet, la délimitation des territoires d'intervention constitue un enjeu pour les professionnels parce qu'elle leur permet d'obtenir un monopole sur certaines responsabilités et activités (Kuehni et Bovey, 2017). De même, les régressions liées au vieillissement des personnes en situation de handicap viennent buter sur les pratiques des éducateurs sociaux, nécessairement fondées sur la dynamique opposée de la progression (Chaize, 2015), ce qui nécessite de leur part un changement de l'accompagnement au quotidien des résidents, dans le doute permanent entre stimuler et protéger et l'ambiguïté de l'injonction à l'autonomie.

Les résultats rendent également compte de la manière dont les acteurs se positionnent face aux deux logiques de division du travail et se les approprient afin de les rendre compatibles avec leurs réalités professionnelles et institutionnelles. En référence aux discours des répondants, les avantages de la division formelle - prise en compte et valorisation des différences de formation et des spécificités de chaque profession ainsi que clarification des rôles, responsabilités et activités des éducateurs sociaux et des infirmiers - apparaissent comme les inconvénients de la non-distinction. Inversement, les atouts de la non-distinction - favoriser le « comme à la maison », le maintien du travail éducatif unifié ainsi que le partage des connaissances, compétences et expertises professionnelles, constituent les désavantages de la distinction formelle. Chacune de ces logiques soulève un certain nombre d'enjeux, tant au niveau de l'intervention et de l'accompagnement des résidents que de l'identité professionnelle.

⁷ Précisons que sur le plan législatif, il n'existe pas de quota strict fixant la répartition entre personnels socio-éducatifs et de la santé, même si des précisions y relatives sont intégrées pour chaque institution du handicap dans une convention-cadre valable pour une durée de cinq ans régissant les rapports avec les cantons.

D'une part, la distinction formelle comporte le risque d'une potentielle ré-orientation d'une pratique globale et unitaire de l'intervention socio-éducative vers une spécialisation et/ou une hiérarchisation des activités et des professions d'éducateur social et d'infirmier. Si ces processus de spécialisation font partie intégrante de la dynamique des groupes professionnels (Demazière et Gadéa, 2009), ils soulèvent un enjeu majeur dans le champ du travail social, car ils paraissent susceptibles de toucher aux fondements mêmes de l'intervention sociale. Marquant le passage d'un modèle « artisanal-libéral » (Chopart, 2000), qui renvoie à la conception classique d'une prise en charge globale et unitaire par un professionnel autonome, à un modèle de type « industriel », caractérisé par une segmentation accrue du travail et une séparation des tâches, ce mouvement de spécialisation participerait ainsi à une forme d'éclatement de l'intervention sociale (Maurel, 2000). D'autre part, la non-distinction induit un manque de reconnaissance des spécificités et expertises de chaque profession et des difficultés pour les professionnels à trouver leur place. Les infirmiers ont à se faire une place dans un domaine qui à l'origine ne relève pas de leur juridiction, alors que les éducateurs sociaux vivent une potentielle remise en cause de leur territoire habituel d'intervention ainsi qu'une possible redéfinition de leur activité professionnelle, comme le souligne Vezinat (2016). Cette logique soulève également un autre enjeu majeur : celui d'une possible déqualification des professions de l'éducation sociale alors qu'en Suisse, les associations professionnelles et les travailleurs sociaux se battent depuis plusieurs années en faveur de la professionnalisation du domaine du travail social (Keller, 2018).

Finalement, la recherche met en lumière les relations entre éducateurs sociaux et infirmiers. Si la multiplication des groupes professionnels est problématique pour leur collaboration et semble généralement synonyme de concurrence et de tensions (Aballéa, 2000), voire de luttes de territoire (Abbott, 1988), nos résultats montrent que la collaboration entre éducateurs sociaux et infirmiers se passe globalement bien, quelle que soit la logique institutionnelle à l'œuvre en matière de division du travail. En effet, les rapports entre ces groupes professionnels paraissent avoir évolué d'une certaine conflictualité vers une logique de complémentarité et interdépendance, au cours du développement de la collaboration interprofessionnelle. Cette bonne collaboration, qui n'exclut cependant pas des difficultés, est néanmoins conditionnée par plusieurs éléments. Premièrement, de la situation spécifique du résident, de la complexité de ses besoins en accompagnement et en soins, de son projet de vie, etc. comme le soulignent Aiguier et ses collègues (2016) et Oandasan et Reeves (2005). En accord avec les travaux menés par D'amour *et al.* (2005), la collaboration interprofessionnelle est également influencée par des facteurs inhérents aux relations interpersonnelles entre éducateurs sociaux et infirmiers (par exemple, le partage d'une vision et d'objectifs communs centrés sur le résident, la connaissance et la compréhension mutuelle des expertises, la confiance, la communication et le respect réciproque, les représentations réciproques des missions, savoir-faire et savoir-être). Le cadre organisationnel et le contexte de travail au sein de l'institution (par exemple, philosophie de l'institution et de son management ; structure organisationnelle en termes d'organigramme, rôle, cahier des charges, attribution des responsabilités et des activités ; ressources mises à disposition des professionnels en termes d'organisation du temps et d'espaces de travail, de formations ; mécanismes de coordination et communication, en termes de procédures, protocoles, réunions formelles) jouent également un rôle déterminant sur la collaboration interprofessionnelle. Finalement, le contexte économique, politique et social externe à l'institution, comme la dotation des personnels ainsi que les législations et recommandations qui régissent la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes sont également déterminants.

Conclusion

Suite au vieillissement des personnes en situation de handicap et aux besoins accrus qu'il implique en matière d'accompagnement, de soins et de suivi médical, des éducateurs sociaux et des infirmiers cohabitent désormais dans les institutions résidentielles du handicap en Suisse romande.

La coprésence de ces deux groupes professionnels soulève des questionnements et des enjeux tant au niveau de l'institution (dotation en personnel, division du travail, ressources) que de la collaboration entre les éducateurs sociaux et les infirmiers (concurrence, coopération, complémentarité, brouillage identitaire). Le développement de nouvelles formes de mobilisation et de participation des directions et des professionnels au niveau institutionnel et des pratiques professionnelles permettrait aux éducateurs sociaux et aux infirmiers de construire, innover, transformer leurs pratiques et de trouver leur place dans l'institution (Fondeville et Santiago-Sanz, 2016).

Comme le souligne Mucchielli (2012), la coopération dans une équipe résulte de l'adhésion des professionnels à un projet commun et d'un sentiment d'appartenance des différents membres de l'équipe, tout en connaissant et en acceptant les rôles, les compétences et les cultures professionnelles respectifs. Cette connaissance réciproque peut être largement favorisée par le positionnement des directions des institutions.

Les résultats mettent également en évidence que la collaboration interprofessionnelle suscite à la fois adhésion et rejet, soutien et débats, enthousiasme et découragement. D'une part, elle est perçue comme étant bénéfique à la fois pour les résidents (amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge de leurs besoins, amélioration de leur état de santé et de leur bien-être, etc.), les professionnels (apprentissage et soutiens mutuels, amélioration de l'intervention, etc.) et les institutions (prise en charge globale des résidents, accompagnements palliatifs de personnes vieillissantes). D'autre part, la collaboration interprofessionnelle suscite des interrogations concernant l'identité des professionnels, la professionnalisation du domaine du handicap et du champ du travail social plus globalement. De même, elle interpelle les conceptions classiques de l'intervention socio-éducative (en lien avec la spécialisation et la hiérarchisation des activités et des professions) et questionne la nature socio-éducative de la prise en charge dans les structures résidentielles du handicap. En ce sens, une formation commune pourrait être envisagée pour les (futurs) professionnels de l'éducation et les soignants, en partenariat avec les institutions (Fondeville et Santiago Sanz, 2016). Il s'agirait de les sensibiliser aux cultures et pratiques professionnelles respectives, de les aider à penser les professions spécifiques en complémentarité, de clarifier des modèles et approches à prioriser pour la collaboration interprofessionnelle. Cette perspective permettrait d'éviter les « distorsions de représentations », les obstacles d'une communication défailante ou un éventuel désengagement de ces acteurs. En effet, la plupart de la formation initiale en travail social et en soins infirmiers (notamment les cours théoriques, mais également les stages sur le terrain) se fait à l'intérieur de « silos » (Louis Simonet, 2017) : les futurs travailleurs sociaux et soignants sont ainsi peu ou pas du tout confrontés aux autres corps de métiers et ne connaissent pas les pratiques, expertises, compétences et valeurs des autres professions. De même, ces formations n'abordent que peu les compétences et savoirs transversaux entre différents champs professionnels. Des cours communs constitueraient également une bonne opportunité pour permettre à ces professionnels de faire face aux nouveaux défis que les institutions du handicap d'aujourd'hui doivent relever (par exemple, vieillissement, complexification des situations de handicap). Ils pourraient ainsi profiter de la pluralité et de la vivacité des contextes dans lesquels ils agissent pour continuer à se construire et se développer (Conq, 2010).

La formation et la recherche doivent également prendre en compte l'évolution des pratiques professionnelles dans les contextes plus difficiles et complexes, en analysant de manière prospective l'émergence des terrains communs du social et de la santé (par exemple, les institutions du handicap), qui apportent des nouvelles problématiques auxquelles les formateurs et les chercheurs doivent pouvoir répondre (Tschopp, 2014). Les bénéficiaires de l'intervention sociale ont en effet besoin de travailleurs sociaux et de soignants qui travaillent ensemble en gardant un esprit critique vis-à-vis des logiques de compétition et de corporatisme, tout en restant attentifs aux problématiques grandissantes des bénéficiaires.

Bibliographie

Aballéa, F. (2000). Quel avenir pour les professions installées ? Dans J.-N. Chopart (Dir.), *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*, (p. 97-110). Dunod.

Abbott, A. (1988). *The system of the professions. An essay of the division of expert labor*. University of Chicago Press.

Aiguié, G., Poirette, S. et Pélissier, M. (2016). Chapitre 5. Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. *Journal International de Bioéthique*, 27(1), 91-112.

Azéma, B. et Martinez, N. (2005). Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie: Une revue de la littérature. *Revue française des affaires sociales*, 2, 295-333.

Bardin, L. (2016). *L'analyse de contenu* (2^e éd.). Presses Universitaires de France.

- Bercot, R., Divay, S. et Gadéa, C. (2012). Les groupes professionnels en tension. Octares.
- Berthiaume, J.-F. (2009). Rôle et contribution du travail social médical en hôpital universitaire. Thèse de doctorat inédite en service social, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.
- Bronstein, L.R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.
- Canton de Vaud. (2017). Réponse du Conseil d'état à l'interpellation Catherine Roulet « Mise à mal d'un système institutionnel, écartelé entre exigences et moyens ». Lausanne, Suisse.
- CCDMA – Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud (2013a). *Rapport final du GT « Vieillesse »*. Canton de Vaud, Suisse: DSAS et DFJC.
- CCDMA – Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud (2013b). *Rapport final du GT « Besoin personnalisé et modèle institutionnel »*. Canton de Vaud: DSAS et DFJC.
- Chaize, P. (2015). Le vieillissement saisi par la clinique du doute. *Le Sociographe*, 52, 45-58.
- Chopart J.-N. (2000) (Dir). Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel. Dunod.
- Conseil d'État du canton de Fribourg. (2010). *Plan stratégique pour la promotion des personnes en situation de handicap*. Canton de Fribourg : Conseil d'État.
- CDAS - Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (état du 13 décembre 2019). *Directive-cadre CHS relative aux exigences de qualité*. Berne: CDAS.
- Conq, N. (2010). Introduction. Dans N. Conq, J.-P., Kervella et A. Vilbrod (Dir.), *Le métier d'éducateur spécialisé à la croisée des chemins*, (p. 11-19). L'Harmattan.
- CNSA - Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2010). Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes. Paris: CNSA.
- Creux, G., Korpès, J.-L. (2012). L'avancée en âge des personnes handicapées en établissements spécialisés. Enquête comparative du phénomène entre Franche-Comté et Suisse romande. *Les cahiers du travail social*, 68, 73-85.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3^e ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. et Beaulieu, M.D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 116-131.
- D'Amour, D., Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 8-20.
- Delporte, M. (2015). L'expérience de la retraite des travailleurs handicapés. *Le Sociographe*, 52, 33-44.
- Demazière, D., Gadéa, C. (2009) (Dir.). Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis. La Découverte.
- DSAS - Département de la santé et de l'action sociale et SPAS - Service de prévoyance et d'aide sociales (2012). *PSH 2011. Plan stratégique vaudois en faveur de l'intégration des personnes adultes en situation de handicap et de la prise en charge en structure de jour ou à caractère résidentiel des mineurs en situation de handicap*. Canton de Vaud, Suisse : DSAS et DFJC.
- Dubar, C., Tripier, P. et Boussard, V. (2011). Sociologie des professions (3^e éd.). Armand Colin.
- Emery, R. (2011). *L'équipe interprofessionnelle comme outil privilégié de l'accompagnement des enfants et adolescent-e-s présentant des besoins particuliers*. Berne : Centre suisse de pédagogie spécialisée.

Emery, R. (2015). Collaboration multi-professionnelle en pédagogie spécialisée : clarifications de la terminologie. *Revue suisse de pédagogie spécialisée*, 1, 6-14.

Fondeville, F., Santiago-Sanz, H. (2016). L'articulation des pratiques éducatives et soignantes. *Empan*, 3(103), 100-106.

Fourdrignier, M. (2009). Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : une mission impossible ? *Formation emploi*, 108, 67-81.

Glaser, B., Suter, E. (2016). Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social Work in Health Care*, 55(5), 395-408.

Gohet, P. (2013). *L'avancée en âge des personnes âgées. Contribution à la réflexion*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. URL : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avancee_en_ages_des_PH_TOME_I_DEF.pdf

Gremaud, G., Charrière, E. et Cappelli, M. (2009). Concept d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Situation et perspectives dans le canton de Fribourg. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15, 17-23.

Haveman, M. (2004). Disease epidemiology and aging people with intellectual disabilities. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 1(1), 16-23.

Hughes, E. C. (1996). Le regard sociologique. Éditions de l'EHESS.

Infri – Association fribourgeoise des institutions spécialisées. (2016). Étude prospective sur l'évolution des besoins en prestations et des modes d'accompagnement, et tendances émergentes. Domaine des personnes adultes en situation de handicap ou d'addiction dans le canton de Fribourg. URL: https://www.fr.ch/dsas/files/pdf93/synthese-etude_infri_fr.pdf

Insieme. (2017). Vieillesse. URL : <http://insieme.ch/fr/vie-quotidienne/vieillesse/>

INSOS. (2011). Prise de position personnes âgées avec handicap. URL: <https://www.insos.ch/assets/Downloads/INSOS-Suisse-Prise-de-position-personnes-g-es-avec-handicap2.pdf>

Jaeger, M. (2012). L'articulation du sanitaire et du social: Travail social et psychiatrie. Dunod.

Keller, V. (2018). La formation et l'emploi dans le champ du travail social en Suisse. Avenir Social.

Kuehni, M., Bovey, L. (2017). Personnel éducatif et déficience intellectuelle : vers une redéfinition des territoires et des valeurs professionnelles. *Pensée plurielle*, 3(46), 149-162.

Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) du 6 octobre 2006 (état du 1^{er} janvier 2017). Berne, Suisse: Chancellerie fédérale.

Louis Simonet, M. (2017). Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Revue Médicale Suisse*, 13, 1771-1772.

Maurel, E. (2000). De l'observation à la typologie des emplois sociaux. Dans J.-N. Chopart (Dir.), *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*, (p. 25-52). Dunod.

Miles, M.B., Huberman, A.M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook and The Coding Manual for Qualitative Researchers*. SAGE.

Mizrahi, T., Abramson, J.S. (2000). Collaboration between social workers and physicians. *Social Work in Health Care*, 31(3), 1-24.

Molina, Y. (2017). Recompositions des professions sociales. *Travail et Apprentissages*, 19, 29-44.

Moulin, F., Palazzo-Crettol, C. (2016). Santé et travail social : défis partagés, territoires communs. *Actualité Sociale*, 64, 8-9.

Mucchielli, R. (2012). Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. ESF.

Oandasan, I., Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 39-48.

Oedegard, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6, 1-13.

Paillé, P., Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4^e éd.). Armand Colin.

Pelletier, M.E., Tétreault, S. et Vincent, S. (2005). Transdisciplinarité, enfance et déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 16, 75-95.

Perriard, V., Gulfi, A. et Rossier, A. (2020). *La collaboration interprofessionnelle social-santé dans les structures résidentielles du handicap en Suisse romande : quels développements et enjeux pour le champ professionnel du travail social ?* Rapport d'activité à l'intention de la Commission scientifique du domaine travail social HES-SO. Fribourg, Suisse : Haute école de travail social Fribourg.

Raynault, M.-F., Loncle, P. (2006). Présentation : La santé au risque du social. *Lien social et politiques*, 55, 5-9.

Rothkegel, P. (2012). Avancée en âge des personnes handicapées : quelle évolution entre 1960 et 2010. *Les cahiers du travail social*, 68, 51-58.

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.D., D'Amour, D. et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 132-147.

Scholder, M. (2012). Le vieillissement, une opportunité de grandir. *Les cahiers du travail social*, 68, 91-93.

Thylefors, I. (2012). All professionals are equal but some professionals are more equal than others? Dominance status and efficiency in Swedish interprofessional teams. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 505-12.

Tschopp, F. (2014). Formation en travail social dans les hautes écoles spécialisées de Suisse romande. Opportunités et défis pour les écoles et les pratiques. Dans M. Fourdrignier, Y. Molina et F. Tschopp (Dir.), *Dynamiques du travail social en pays francophones*, (p. 23-45). Éditions IES.

Vezinat, N. (2016). Sociologie des groupes professionnels. Armand Colin.

Vujica, R. (2016). Mutualité en friche. *Actualité sociale*, 64, 3.

Wirz, S., Emery, R. (2015). Partage du travail et formes de collaboration entre éducateurs et enseignants en institutions spécialisées: discours de responsables. *Revue suisse de pédagogie spécialisée*, 1, 15-20.

Zribi, G. (2012). Vieillesse des personnes handicapées mentales. Presses universitaires de Rennes.