



HAL
open science

Formation à l'éthique : point de vue des professionnels intervenant à domicile auprès des personnes âgées

Pauline Kermarrec

► To cite this version:

Pauline Kermarrec. Formation à l'éthique : point de vue des professionnels intervenant à domicile auprès des personnes âgées. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01934532

HAL Id: dumas-01934532

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01934532v1>

Submitted on 26 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine

BREST

Année 2017

Thèse N°

**THESE DE
DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

Par Pauline KERMARREC

Née le 25 Février 1989 à Landerneau (29)

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 2017

**FORMATION A L'ETHIQUE :
POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS INTERVENANT A
DOMICILE AUPRES DES PERSONNES AGEES**

Président du jury : Madame le Professeur GENTRIC Armelle

Membres du jury : Monsieur le Professeur BOLES Jean-Michel

Madame le Docteur BARAIS Marie

Madame le Docteur ANDRO Marion

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

DOYENS HONORAIRES

Professeur H. FLOCH
Professeur G. LE MENN (†)
Professeur B. SENECAIL
Professeur J. M. BOLES
Professeur Y. BIZAIS (†)
Professeur M. DE BRAEKELEER (†)

DOYEN

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

CENAC Arnaud	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
YOUINOU Pierre	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

MOTTIER Dominique	Thérapeutique
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
LEFEVRE Christian	Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation médicale
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine interne
OZIER Yves	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie hépatologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS 1^{ÈRE} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERTHOU Christian	Hématologie
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE ROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie médicale – option gynécologie obs.
MISERY Laurent	Dermatologie vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie mycologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie virologie hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostat., informatique méd. et tech de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS 2^{EME} CLASSE

ANSART Séverine	Maladies infectieuses, maladies tropicales
AUBRON Cécile	Réanimation médecine d'urgence
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie infantile
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DELLUC Aurélien	Médecine interne
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HUET Olivier	Anesthésiologie réanimation chirurgicale méd. urgences
LIPPERT Éric	Hématologie
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation médicale
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

LE RESTE Jean-Yves	Médecine générale
LE FLOC'H Bernard	Médecine générale

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE ASSOCIES A MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine générale
------------------------	-------------------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - LRU

BORDRON Anne

Biochimie et biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

PERSON Hervé

Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS 1ERE CLASSE

ABGRAL Ronan

Biophysique et médecine nucléaire

CORNEC Divi

Rhumatologie

DE VRIES Philine

Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

HERY-ARNAUD Geneviève

Bactériologie virologie hygiène

HILLION Sophie

Immunologie

JAMIN Christophe

Immunologie

LE BERRE Rozenn

Maladies infectieuses maladies tropicales

LE GAC Gérald

Génétique

LE ROUX Pierre-Yves

Biophysique et médecine nucléaire

LODDE Brice

Médecine et santé au travail

MIALON Philippe

Physiologie

MOREL Frédéric

Méd. et biologie du développement et de la reproduction

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et biologie moléculaire

QUERELLOU Solène

Biophysique et médecine nucléaire

VALLET Sophie

Bactériologie virologie hygiène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS 2EME CLASSE

LE GAL Solène

Parasitologie mycologie

LE VEN Florent

Cardiologie

PERRIN Aurore

Méd. et biologie du développement et de la reproduction

TALAGAS Matthieu

Cytologie et histologie

UGUEN Arnaud

Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES MEDECINE GENERALE

NABBE Patrice

Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES MEDECINE GENERALE ASSOCIES DES UNIVERSITES A MI-TEMPS

BARAIS Marie	Médecine générale
CHIRON Benoît	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
FAYAD Hadi	Génie informatique, automatique et traitement du signal
HAXAIRE Claudie	Sociologie démographique
KARCHER Brigitte	Psychologie clinique
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et onformatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES A TEMPS COMPLET

MERCADIE Lolita	Rhumatologie
------------------------	--------------

AGREGES / CERTIFIES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Armelle GENTRIC

Professeur des universités de gériatrie et biologie du vieillissement

De me faire l'honneur de présider ce jury

D'avoir nourri mon intérêt pour la gériatrie

De m'avoir guidée au cours de ce travail et pour votre disponibilité

Soyez assurée de ma profonde estime

A Monsieur le Professeur Jean-Michel BOLES

Professeur des universités en réanimation médicale

De me faire l'honneur d'être membre de ce jury

De nous guider et de nous accompagner dans le questionnement éthique tout au long de nos études

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance

A Madame le Docteur Marie BARAIS

Maitre de conférences en médecine générale

De me faire l'honneur d'être membre de ce jury

D'avoir porté de l'intérêt à mon travail

De nous permettre, au cours des séminaires durant l'internat, d'échanger sur les aspects humains de notre métier

A Madame le Docteur Marion ANDRO

Praticien hospitalier en gériatrie

De me faire l'honneur d'être membre de ce jury

De m'avoir accueillie dans le monde de la gériatrie et de m'avoir confortée dans ce choix de spécialité

De m'avoir transmis tes connaissances et ta passion et de m'avoir accordé ta confiance

A l'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer à cette étude et qui y ont accordé du temps, aux responsables d'équipe qui ont porté de l'intérêt à ce travail en diffusant le questionnaire

Je remercie mes parents et ma sœur qui m'ont soutenue tout au long de mes années d'études, merci pour votre écoute, vos conseils, vos attentions, votre patience, pour tout ce réconfort

Merci Sébastien pour ton accompagnement, ta compréhension, ton calme, ton humour, ta constance, ils sont un infallible soutien au quotidien

Merci les copains pour votre soutien et pour les indispensables moments de détente

Merci aux tontons, tatas du Penfrat et d'ailleurs et aux cousins, cousines toujours attentionnés, prêts à écouter, à réconforter et à rigoler !

Des pensées à toutes les personnes qui ont marquées mon cursus, les études de médecine m'ont permis de faire de magnifiques rencontres

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

*« Ma maison, c'est mon château, c'est le lieu de mon intimité, celui dont je peux interdire
l'accès, celui dont j'ai la clé ».*

Geneviève Laroque

LISTE DES ABBREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

BMO : Brest Métropole Océane

CAFAD : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide   Domicile

CAFAS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-Soignant

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DEAS : Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant

DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

DPAS : Diplôme Professionnel Aide-Soignant

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHESS : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

ENS : Ecole Normale Supérieure

GEVA : Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

Ifop : Institut français d'opinion publique

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
PARTIE I : LA FORMATION A L'ETHIQUE DES PROFESSIONNELS DU SOIN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE.....	6
1. LE DOMICILE.....	6
1.1. Evolution démographique et réponses politiques.....	6
1.2. L'importance du lieu de vie, le maintien à domicile privilégié.....	7
1.3. Evolution dans le temps des politiques publiques du maintien à domicile.....	8
1.4. Le domicile : quelles représentations ?	10
2. L'INTERVENTION A DOMICILE	12
2.1. La notion de dépendance	12
2.2. Les métiers du maintien à domicile, un lieu d'exercice professionnel particulier	13
2.2.1. Les métiers du soin :	13
2.2.2. Les métiers du médico-social, de l'accompagnement :	14
2.2.3. Le domicile : un lieu d'exercice professionnel particulier :	15
3. LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION A DOMICILE.....	17
3.1. La notion de risque	17
3.2. L'autonomie, la liberté menacées.....	18
3.3. Les risques du huis clos.....	19
4. LE CONTENU « ETHIQUE » DES FORMATIONS PROFESSIONNELLES	20
4.1. Les études en soins infirmiers	20
4.2. Les études d'aide-soignant(e).....	23
4.3. Les études d'auxiliaire de vie sociale et d'aide à domicile	25
PARTIE II : LA FORMATION A L'ETHIQUE : LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DU DOMICILE.....	30
1. MATERIEL ET METHODE.....	30
1.1. Matériel	30

1.2. Méthode.....	31
1.2.1. Création du questionnaire.....	31
1.2.2. Diffusion du questionnaire	32
1.2.3. Collecte des données	34
1.2.4. Interprétation des données	34
2. RESULTATS.....	35
2.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	35
2.1.1. Sexe	35
2.1.2. Age.....	35
2.1.3. Profession	36
2.2. Formation initiale, diplômes.....	37
2.2.1. Formation initiale professionnelle et diplôme(s) obtenu(s).....	37
2.2.2. Année(s) d'obtention du ou des diplôme(s)	39
2.3. Précisions sur l'exercice professionnel	40
2.3.1. Mode d'exercice	40
2.3.2. Employeur en cas de salariat	40
2.3.3. Ancienneté en tant qu'intervenant à domicile	41
2.4. Formation à l'éthique	42
2.4.1. Définition du terme Ethique par les professionnels.....	42
2.4.2. Existence d'une formation à l'éthique.....	53
2.4.3. Thèmes d'éthique abordés en formation	54
2.4.4. Méthodes pédagogiques utilisées pour l'enseignement à l'éthique.....	56
2.4.5. Réponse aux attentes des professionnels par leur formation à l'éthique	58
2.4.6. Changements dans les pratiques suite à la formation à l'éthique	59
2.4.7. Formation suffisante pour faire face aux questions éthiques en pratique quotidienne ?.....	61
2.4.8. Offre en formation à l'éthique suffisante ?.....	63
2.4.9. Questions que les professionnels souhaiteraient aborder en formation.....	64
2.5. Abord de la particularité de la pratique à domicile.....	66
2.6. Synthèse des résultats	68

PARTIE III : DISCUSSION.....	69
CONCLUSION.....	73
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES.....	81

INTRODUCTION

Nous assistons à un vieillissement de la population aussi bien à l'échelle nationale qu'à l'échelle mondiale. Cette mutation démographique nous amène à nous questionner sur les conditions de vie dans lesquelles évoluent les séniors. En effet, la qualité de vie des personnes âgées est fréquemment compromise. Ceci est lié à un amoindrissement de leurs réserves fonctionnelles source de difficultés d'adaptation associé à la survenue de pathologies chroniques liées à l'avancée en âge entraînant une altération des capacités physiques et mentales avec pour conséquence l'apparition de situations de dépendance.

Le souhait d'une grande majorité de nos aînés est de pouvoir rester vivre dans leur domicile. Le caractère adapté et sécurisé de ce mode d'habitat est régulièrement remis en question lorsque s'installe une perte d'autonomie. Les pouvoirs publics ont conscience de cette donnée et défendent au travers des politiques menées depuis de nombreuses années l'idée d'une intégration des personnes âgées au sein de la société. Ainsi, bien des mesures permettant leur maintien à domicile ont été développées.

Les services d'aide et de soins à domicile trouvent ici leur place et sont en plein essor depuis quelques dizaines d'années. Ils jouent un rôle important dans cet enjeu sociétal qu'est le maintien à domicile des personnes âgées. L'intervention de professionnels plus ou moins qualifiés est souvent l'option qui permet aux séniors de demeurer chez eux bien qu'ils soient parfois réticents à la mise en place de telles aides. Le domicile devient alors le théâtre d'une action professionnelle pluridisciplinaire qui va concerner un nombre plus ou moins important d'actes de la vie quotidienne (soins d'hygiène, entretien du logement, accompagnement dans la gestion de l'alimentation...). La sphère publique représentée par cette activité d'aide socio-sanitaire « s'invite » alors au cœur de la sphère privée de nos aînés.

L'intimité des personnes âgées n'est-elle alors pas menacée ? Est-elle tout simplement considérée ? Le respect de l'intimité est un des enjeux éthiques émanant de cette situation d'intervention professionnelle au sein de l'habitat de particuliers. Le public concerné est composé de personnes en général vulnérables du fait de leur âge mais aussi souvent de l'existence de troubles neurocognitifs, les dilemmes éthiques étant alors encore plus prégnants. Au cœur du huis clos du domicile, le risque de voir apparaître des dérives est réel. Un questionnement éthique des professionnels intervenant au domicile est donc indispensable.

Dans ce contexte, il paraît pertinent de s'intéresser à l'existence d'un questionnaire éthique et à la manière dont il se joue au domicile dans l'interaction complexe entre la personne aidée, ses proches et les professionnels. Les professionnels sont-ils formés pour faire face à de tels questionnements ? Les programmes officiels de formation des professionnels du soin et de l'accompagnement à domicile contiennent des modules qui ont un lien avec ces notions.

Notre travail se divise en deux parties. La première partie s'attache à établir un état des lieux des items consacrés à l'éthique dans les programmes des formations diplômantes des diverses catégories de professionnels intervenant au domicile. Dans la seconde partie, nous tenterons par des questionnaires de connaître le point de vue des professionnels de terrain sur la formation qu'ils ont reçue sur ce thème.

Partie I :

LA FORMATION A L'ETHIQUE DES PROFESSIONNELS DU SOIN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

1. LE DOMICILE

1.1. Evolution démographique et réponses politiques

Au 1er janvier 2017, on dénombrait 12.8 millions de personnes âgées de 65ans ou plus en France métropolitaine, représentant 19.2% de la population totale.¹ A 65 ans, l'espérance de vie moyenne, sexes confondus, est actuellement de 21 ans². L'augmentation de l'espérance de vie et la baisse du taux de fécondité expliquent le vieillissement de la population et ce malgré l'apport des migrants, plus jeunes. L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) prévoit encore une forte progression de la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus jusqu'en 2040. Du fait de l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations du *baby-boom*, un habitant sur 4 aura à cette date 65 ans ou plus³. Ceci est également valable à l'échelle planétaire puisque la part de la population mondiale âgée de 60 ans ou plus va doubler entre 2000 et 2050 pour passer de 11 à 22%⁴.

Face à ce vieillissement de la population, il existe un enjeu majeur qui est de permettre aux personnes de rester au cours de ces années supplémentaires de vie en bonne santé et autonomes⁵. Pour ce faire, des mesures sont mises en place par les pouvoirs publics. Ainsi, la Commission Européenne diffuse en 2011 une brochure intitulée « Comment promouvoir le vieillissement actif en Europe : soutien de l'Union européenne aux acteurs locaux et régionaux ». Y est exposé entre autres le projet suivant : le Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé qui vise à prolonger de deux ans la durée de vie en bonne santé des Européens d'ici 2020⁶.

En 1986, il est déjà souligné dans la **Charte d'Ottawa**, établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, l'importance de la création d'environnements favorables parmi d'autres mesures pour favoriser « le bien être complet de

l'individu »⁷. On peut y lire la phrase suivante : « Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé »⁸.

Le cadre de vie dans lequel l'Homme évolue a une influence considérable sur sa santé, on entend ici par santé un état complet de bien-être physique, mental et social tel que le définit l'Organisation mondiale de la santé.

1.2. L'importance du lieu de vie, le maintien à domicile privilégié

En ce qui concerne les personnes âgées de nos sociétés occidentales, l'un des éléments déterminants de ce qui constitue l'environnement dans lequel elles évoluent devient très fréquemment source de questionnement et d'incertitude. Il s'agit de leur lieu de vie.

En effet, le « cumul de difficultés » c'est-à-dire une dégradation de l'état de santé général déclaré par la personne, de l'état de santé « fonctionnel » (altérations motrices, sensorielles ou cognitives), l'existence de maladies chroniques, l'avancée en âge, le besoin d'aides techniques, un entourage familial moins soutenant^{9 10} peut aboutir à une entrée en institution.

Quitter le domicile est alors peut être l'option qui s'impose. Effectivement, dans une grande majorité des cas, l'entrée en établissement n'a pas été choisie par les personnes concernées¹¹. Selon le sondage *Opinionway* pour l'Observatoire de l'intérêt Général datant de mars 2012, 90% des Français déclarent préférer adapter leur domicile plutôt que de partir vivre en institution en cas de dégradation physique. Par ailleurs, 81% des Français préféreraient vivre leurs derniers instants à domicile selon un sondage mené par l'Institut français de l'opinion publique (IFOP) en 2010¹².

Non seulement le maintien à domicile apparaît comme étant l'alternative privilégiée, mais il semblerait que le fait de rester vivre chez soi soit pour les individus âgés gage d'une meilleure promotion de leur santé¹³.

Depuis de nombreuses années, les politiques sociales défendent également, de manière plus ou moins affirmée, ce point de vue au travers de la création et de l'adoption de diverses lois et mesures.

1.3. Evolution dans le temps des politiques publiques du maintien à domicile

Au cours des dernières décennies, les pouvoirs publics se sont globalement positionnés en faveur du maintien à domicile des personnes âgées.

Le **Rapport Laroque**, rédigé en 1962 et réédité en octobre 2014, marque « l'instauration d'une véritable politique de soutien au domicile, dans un contexte de croissance économique forte ». ¹⁴Est affirmée dans ce texte l'importance de l'intégration des personnes âgées dans la société « parmi les autres générations, comme elles le souhaitent profondément, en excluant toute ségrégation ». ¹⁵ Quelques années plus tard, ces idées sont également présentes dans le **VIème Plan de développement économique et social** qui « verra [...] se développer un ensemble d'actions visant [...] à permettre aux personnes âgées de demeurer, dans tous les cas où cela est possible, au sein de leur milieu de vie habituel et en contact avec les autres classes d'âge et l'ensemble de la population ». ¹⁶

Toutefois, entre 1975 et 1980, alors que la situation financière du pays est plus délicate, l'idée d'une prise en charge moins onéreuse en établissement, une fois un certain seuil de dépendance atteint, est défendue dans un certain nombre de rapports (rapport Massé par exemple). Il semble que le maintien à domicile soit un mode de vie moins privilégié, apparaissant en second lieu derrière l'intégration d'une institution. Bernard Ennuyer cite, pour appuyer ce propos, la circulaire du 7 avril 1982, le document *Vieillir en France* datant également de 1982 ou encore l'ouvrage de Marie-Thérèse Join-Lambert *Politiques sociales* ¹⁷. Ainsi, les services d'aide à domicile seraient à cette période sous-développés. Ce même auteur parle d'un phénomène de « déplacement d'une éthique collective à une technique de prise en charge individuelle » ¹⁸ concernant l'évolution au cours de cette période.

Dans la période de 1984 à 2004, Bernard Ennuyer parle de « télescopage des politiques vieillesse et des politiques de l'emploi ». Une sorte de « business » du maintien à domicile semble s'organiser. L'auteur mentionne alors, entre autres, ces quatre mesures : les **services mandataires** créés en 1987, les **emplois familiaux** créés à l'initiative de Martine Aubry, le **chèque emploi service** et enfin en 1996, l'ouverture du marché des services à domicile aux **entreprises à but lucratif**. ¹⁹

La **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie** (CNSA) est créée en 2004. Elle est, entre autres, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie dont l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), elle-même initiée en 2002. Elle joue également un rôle de soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide à domicile.

Le **Plan Solidarité-grand âge 2006-2012** présenté par Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes handicapées et à la Famille, prend en considération le souhait des personnes âgées de rester vivre chez elles en affirmant que « le libre choix du domicile » doit pouvoir être possible pour tous. Pour ce faire, il faut « faciliter la vie à domicile ». Les mesures suivantes doivent être développées : augmenter le nombre de places en hospitalisation à domicile ainsi qu'en services de soins infirmiers à domicile, développer et diversifier l'aide à domicile...²⁰

En 2010, Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des Aînés, confie au Professeur Franco la mission de clarifier les enjeux du vivre chez soi et de répondre aux besoins et aux attentes des aînés en la matière. Le **Rapport « Vivre chez soi »** est le fruit du travail conduit par cette mission. Les trois grands axes développés sont : améliorer le cadre de vie des aînés, faciliter l'accès aux technologies et aux services du « Vivre chez soi » et accompagner la modernisation des services à la personne. L'auteur de ce rapport souhaite l'inscrire dans la succession de celui de Pierre Laroque en mettant l'accent sur la notion « **d'intégration intergénérationnelle** ». Les problématiques et les perspectives d'action développées sont majoritairement présentées à travers le prisme de l'économie comme en témoigne cette phrase : « L'une des clefs du renouvellement du pacte intergénérationnel consiste sans doute dans la mise en lumière du rôle essentiel que les Aînés joueront dans l'économie »²¹.

Enfin, a été promulguée récemment la **Loi du 28 décembre 2015** relative à l'adaptation de la société au vieillissement. L'une des mesures adoptées « démontre la volonté gouvernementale de répondre à l'une des principales préoccupations des personnes âgées : celle de vieillir chez elles », en revalorisant l'APA à domicile. Il est également question, à nouveau, de moderniser les services à domicile principalement par une majoration de leur financement²².

L'étude de l'évolution de la répartition des personnes âgées vivant à domicile versus en institution de 1960 à nos jours est un moyen intéressant d'évaluer l'efficacité des *politiques vieillesse*. Les chiffres ne sont pas tous concordants selon les sources et aucun suivi régulier de

ces éléments n'a été retrouvé au sein de bases de données fiables telles que l'Insee ou la DRESS. Ainsi, les chiffres exposés dans le Rapport de la Mission « Vivre chez soi » publiés en Juin 2010 datent de 1999^{23 24}.

Un travail de thèse de démographie sur cette thématique a été mené par Agnès Catherin-Quivet à la fin des années 90. Une enquête longitudinale a été réalisée auprès de huit établissements gériatriques de la région lyonnaise. L'objectif était le suivant : « apporter une information plus approfondie sur la population âgée admise en hébergement collectif des années 1960 à nos jours. Dans quelle mesure celle-ci s'est-elle transformée ? Peut-on imputer les changements de comportements aux choix politiques entrepris au niveau national mais aussi local ? ». L'évolution de l'espérance de vie durant ces années a été prise en compte dans l'étude. En effet, l'impact de chacun des processus démographique et politique a été évalué dans le phénomène de vieillissement de la population admise. L'une des conclusions est la suivante : « Cette démonstration nous laisse penser que les nombreux efforts entrepris par les pouvoirs publics depuis les années 1960 ont bel et bien contribué à différer le moment de l'admission en structures gériatriques ».²⁵

Les politiques menées pour promouvoir le maintien à domicile auraient donc, dans une certaine mesure, été efficaces. La Cour des comptes reconnaît une amélioration significative, tant en qualité qu'en quantité de l'offre de prestations visant à favoriser ce maintien à domicile dans un rapport datant de juillet 2016. Elle estime toutefois, au regard de l'évolution démographique à venir, qu'il est nécessaire d'optimiser l'organisation de la politique du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, de mieux connaître les besoins de cette population, de mieux répondre à ces derniers. Un meilleur pilotage des politiques et un meilleur ciblage des aides sont également souhaitables²⁶.

Il semble intéressant d'examiner ce qui sous-tend ce désir commun exprimé par les seniors de rester vivre chez soi le plus longtemps possible. Que représente le domicile, le foyer, l'habitation ?

1.4. Le domicile : quelles représentations ?

Le logis, la maison... ; ces termes désignent selon leurs définitions un endroit, celui où habite la personne. Ce lieu ne peut toutefois être réduit à une simple donnée géographique et matérielle.

En effet, le domicile représente bien plus que cela, il représente notre « *identité* » selon bien des auteurs. « Les usages, les représentations, les significations que l'habitant rapporte à son logement constituent des fondements de sa **construction identitaire** » d'après Frédérique Trevidy et al.²⁷. Il est ici question d'**identité psychique**, personnelle. Elian Djaoui prête à ce lieu une dimension imaginaire en tant qu'espace investi de valeurs, de sentiments, de symbole relevant de la subjectivité la plus absolue de chaque habitant²⁸. Pour Gaston Bachelard, « Sans [la maison], l'homme serait un être dispersé ». Cette dernière le maintient « à travers les orages du ciel et les orages de la vie »²⁹.

Au sein de ce lieu, il existe un continuum entre l'Homme et son environnement, entre l'Homme et les objets³⁰. Geneviève Laroque le qualifie d'ailleurs de « prolongement de [nous]-même ». Elle parle également de « lieu qui justifie [notre] place dans la société »³¹. Ainsi, il existe par ailleurs une notion d'**identité sociale**, l'habitation est symbole d'inclusion, d'intégration, témoin de notre existence aux yeux des autres et de la collectivité³². Bernard Ennuyer assimile l'entrée dans un lieu d'hébergement collectif à « une dilution de l'identité sociale individuelle dans une identité collective »³³.

Notre domicile est aussi un refuge, il est empreint d'un sentiment de **sécurité**. Nous en contrôlons les frontières car il « nous permet de choisir quelle part de [notre] intimité l'on partage, à quoi de soi on veut donner accès et à qui », il est le « lieu de l'enracinement de la **liberté personnelle** »³⁴. Il s'agit d'un endroit défini où s'applique une forme de souveraineté de notre part.

Le vieillissement entraîne des pertes, les étapes qui le constituent peuvent ébranler notre identité. Le domicile est alors, d'autant plus à cette période de nos vies, une « garantie de stabilité », un « étayage du maintien de soi »³⁵. Citons de nouveau Geneviève Laroque qui écrit concernant la maison du sujet âgé : « ce qu'elle contient encadre [sa] mémoire, la soutient, peut en devenir la prothèse, elle se souvient pour [lui] »³⁶.

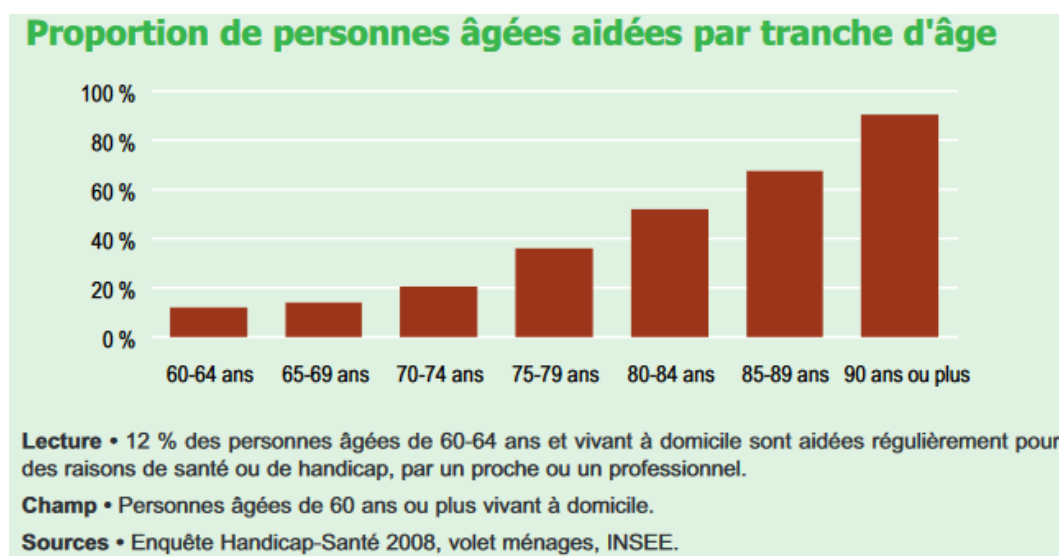
C'est une idée quelque peu similaire qui est développée dans le concept de « culture du domicile ». Lorsqu'une intervention humaine devient nécessaire auprès de personnes âgées devenues dépendantes émerge « une culture de l'accompagnement » avec pour objectif de faire de cet accompagnement au quotidien un « cheminement avec une personne pour l'aider à garder son identité psychique et sa dimension de sujet »³⁷.

2. L'INTERVENTION A DOMICILE

2.1. La notion de dépendance

Le vieillissement de la population, entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes bien que ces deux phénomènes ne soient pas synonymes. Selon la Haute Autorité de Santé, « la dépendance est un état où la personne est dans l'impossibilité de satisfaire un ou plusieurs besoins, y compris pour effectuer un des actes de la vie courante, sans action de suppléance ou l'aide d'un tiers.[...]La dépendance comprend également le besoin d'aides techniques et/ou d'aménagements du lieu de vie et/ou d'un tiers pour effectuer un des actes de la vie courante. Ces aides sont le plus souvent une condition d'indépendance. »³⁸.

Le graphique suivant représente le pourcentage de personnes âgées bénéficiant, par classes d'âges, d'une aide humaine qu'elle soit professionnelle ou non (aidants familiaux, amis, voisins, bénévoles...).



Nous ne nous intéresserons pas dans ce travail aux aidants informels c'est-à-dire non professionnels. Il semble toutefois important de rappeler qu'ils jouent un rôle majeur dans l'accompagnement à domicile et qu'il existe probablement, dans une grande majorité des cas, une complémentarité entre aidants formels et informels.

Il existe plusieurs outils d'évaluation du niveau de dépendance : l'échelle des activités de vie quotidienne ou *Activities of Daily Living* de Katz³⁹ (ADL) ; l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne ou *Instrumental Activities of Daily Living* ou IADL de

Lawton⁴⁰ ; le *Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée* ou GEVA, la grille GEVA-A qui est une adaptation du GEVA aux situations des personnes âgées notamment utilisée par les gestionnaires de cas des MAIA⁴¹, le *Resident Assesment Instrument* ou RAI⁴²...

La grille *Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources* ou grille AGGIR est nationale et permet d'évaluer le niveau de dépendance des demandeurs de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA. Elle permet de classer en six groupes (GIR 1 à 6) les personnes de plus de 60 ans en fonction de leur niveau de dépendance et ainsi de déterminer le niveau d'aide dont ils ont besoin⁴³. Peuvent bénéficier de l'APA les personnes classées de GIR 1 à 4. La grille a été modifiée en 2008 par l'intégration de données s'intéressant aux fonctions cognitives. Cet outil est critiqué par les spécialistes du monde de la gérontologie pour, entre autres, les raisons suivantes : impossibilité d'apprécier l'environnement dans lequel évolue la personne, absence de corrélation systématique entre un niveau d'incapacité et un besoin d'aide...⁴⁴

En décembre 2014, 59.2% des bénéficiaires de l'APA étaient à domicile. L'Allocation était utilisée pour financer un portage des repas, l'aménagement du logement, un accueil de jour, des prestations d'aide à domicile...

Dans l'Enquête « Vie Quotidienne et Santé 2014 » conçue par la DRESS et réalisée par l'Insee entre fin 2014 et début 2015, 32% des 75 ans ou plus vivant à domicile déclaraient bénéficier d'une aide professionnelle⁴⁵. Celle-ci peut concerner le champ du sanitaire comme celui du médico-social. De nombreux acteurs deviennent ainsi partie prenante dans le maintien à domicile.

2.2. Les métiers du maintien à domicile, un lieu d'exercice professionnel particulier

Les professionnels dont le terrain d'action est le domicile sont nombreux notamment dans le domaine de la gérontologie.

2.2.1 Les métiers du soin :

L'aide-soignant(e) accompagne les patients dans les gestes de la vie quotidienne au cours de soins de confort, de bien-être et d'hygiène : toilette, habillage, repas, installation, transferts... Lorsqu'il intervient à domicile, il est rattaché à un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). L'aide-soignant(e) travaille en collaboration et sous la responsabilité d'un(e) infirmier(e).

L'infirmier(e) évalue l'état de santé des patients et analyse les situations de soins, conçoit et définit des projets de soins personnalisés, planifie, prodigue et évalue les soins, met en œuvre des traitements. Les infirmiers intervenant à domicile sont libéraux ou salariés. Ils dispensent des soins dans le cadre de la prescription médicale ainsi que dans celui de leur rôle propre.

Le médecin généraliste traitant joue un rôle pivot dans l'accompagnement des patients âgés à domicile. Il a, en général, une très bonne connaissance des personnes tant sur le plan des pathologies dont ils souffrent que sur celui du contexte socio-affectif dans lequel ils évoluent. Son avis sur la question du maintien à domicile ou de l'entrée en institution a bien souvent un poids considérable dans la prise de décision du patient et influence le positionnement de son entourage.

Citons encore l'ergothérapeute ou le kinésithérapeute comme autres acteurs professionnels du soin à domicile.

2.2.2 Les métiers du médico-social, de l'accompagnement :

L'aide à domicile assiste les personnes fragiles, dépendantes ou en difficulté sociale en leur apportant une aide dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie quotidienne, y compris les loisirs, en fournissant un soutien psychologique et social⁴⁶. Il s'agit d'un métier quasiment exclusivement féminin (98%⁴⁷) né dans les années 1950. L'aide à domicile occupe une place tout à fait privilégiée dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile tant par les aspects qualitatifs que quantitatifs de son travail (tâches effectuées induisant une indéniable « proximité », temps passé auprès des usagers à leur domicile). Ainsi, « elle est un informateur de première importance, pour la famille, pour le médecin, pour les autres intervenants professionnels et bénévoles, pour autant qu'elle sache se positionner par rapport à eux et que réciproquement toutes ces personnes lui reconnaissent effectivement ce rôle de pivot et cette fonction de « soignante de première ligne »⁴⁸.

Aucun diplôme spécifique n'est requis pour exercer le métier d'aide à domicile, les personnes le pratiquant n'ont donc parfois reçu aucune formation en lien avec leur profession, si elles en ont suivies, celles-ci sont très variées.

Les différents modes d'exercice sont les suivants : emploi direct (employée par un particulier), mode mandataire (un organisme gère les aspects administratifs et met en relation l'employeur et l'employée), salariat au sein d'organismes prestataires (l'utilisateur règle les services à l'organisme qui rémunère à son tour l'employée). Selon l'enquête « Les intervenants au domicile des personnes fragilisées en 2008 » réalisée par la DRESS dont les résultats ont été

publiés en juin 2010, il existe un lien entre le niveau de formation et le mode d'exercice : « les salariées d'organismes prestataires disposent plus souvent d'un diplôme en relation avec le métier d'aide à domicile tandis que 85% de celles qui exercent en emploi direct n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire et social »⁴⁹. Plus d'un tiers des employées en mode prestataire détiennent soit le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) ou le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD) contre 3% pour les salariées en emploi direct.

Toutes intervenantes confondues, en moyenne, « un tiers n'ont pas poursuivi d'études au-delà du collège et un peu moins de la moitié ont un niveau d'études du second cycle technique court » (BEP, CAP), « 62% n'ont aucun diplôme du sanitaire et social »⁵⁰.

D'après Christelle Avril, Professeure agrégée à l'Université Paris VIII, formation doctorale de sciences sociales de l'ENS et de l'EHESS, « pour les femmes peu ou pas qualifiées, travailler auprès [...] de personnes âgées apparaît comme une voie de plus en plus probable d'insertion ou de réinsertion professionnelle ». Le métier d'aide à domicile « offre une position-refuge à des femmes en situation particulièrement défavorable sur le marché du travail »⁵¹. Toujours selon cette auteure, cette absence de formation initiale mène à « un apprentissage au fil des expériences », « elles acquièrent [ainsi], par la force des choses, un certain nombre de savoir-faire ajustés aux personnes âgées »⁵².

Notre travail portera sur les infirmiers(ères), les aides-soignants(es), les aides à domicile/auxiliaires de vie dont les interventions sont fréquentes et constituent un accompagnement et une aide concrète dans la réalisation des actes les plus basiques de la vie quotidienne (toilette, habillage, déplacements, élimination, alimentation...).

2.2.3 Le domicile : un lieu d'exercice professionnel particulier :

Ces différentes professions ont entre autres pour point commun l'exercice dans un lieu tout à fait particulier car dénué de neutralité : le domicile. Cette spécificité est importante et peut pourtant sembler banale. Cet environnement influence très probablement de nombreux paramètres de la pratique comme le positionnement des professionnels, leur relation aux bénéficiaires, leur manière d'appréhender leur mission...

« Cette intervention au domicile pose, au professionnel, la question redoutable de sa légitimité à s'immiscer dans un domicile et dans une vie qui n'est pas la sienne et que fondamentalement il ne connaîtra, jamais, vraiment. »⁵³. Elle nous mène à prendre en considération et à nous interroger sur la notion d'intrusion dans la sphère privée.

Dans ce contexte, le domicile a un statut paradoxal, « à la fois espace de l'intimité et aussi catégorie de l'action publique, à la fois lieu de vie et espace professionnel »⁵⁴

Ceci est d'autant plus important à considérer que nous nous intéressons à l'intervention professionnelle chez des sujets âgés, bien souvent en perte d'autonomie. Comme nous l'explique Agatha Zielinski, l'autonomie à domicile n'est pas le simple fait des actions, elle concerne aussi et surtout la capacité de choisir et notamment « le choix de poser par soi-même les limites de l'intime »⁵⁵.

Or l'intervention de professionnels est bien souvent justifiée par une perte plus ou moins importante de cette autonomie, souvent liée à l'existence de troubles neurocognitifs. Le risque, et non des moindres, est alors que ces limites de l'intime ne soient plus clairement définies et exprimées de telle sorte qu'elles peuvent être « violées ».

Pour le professionnel, prendre conscience de l'existence de ces « frontières de l'intime » puis les repérer n'est pas aisé, si tant est qu'il y soit sensible ou sensibilisé, mais s'ajoute à cette première difficulté la nécessité d'une adaptation permanente.

En effet, le professionnel passe d'un domicile à l'autre à plusieurs reprises au cours d'une même journée, il doit ainsi sans cesse s'adapter. Florence Leduc et Jean-Baptiste Delcourt nomment cette nécessaire adaptation l'« attention éthique ». Elle est « sans arrêt mise à contribution », « d'autant que l'intime de l'un n'est pas celui de l'autre », « [ses] frontières sont fluctuantes et instables, toujours à redéfinir et dépendent du niveau d'appropriation opéré par les personnes »⁵⁶. « La vigilance est de mise, exigeant de la part du professionnel une attitude perpétuelle de décryptage des significations que les différents occupants investissent dans l'espace domestique »⁵⁷.

La considération du domicile comme espace de l'intime, la vigilance, la nécessaire adaptation, l'analyse des situations rencontrées relèvent d'un questionnement éthique indispensable dans le cadre de ces interventions professionnelles.

3. LE QUESTIONNEMENT ETHIQUE DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION A DOMICILE

L'intervention à domicile constitue une forme d'intrusion qui génère parfois une réticence voire un refus de la part des personnes âgées. Or, cet accompagnement est considéré comme nécessaire pour permettre un maintien à domicile.

Selon Jean-Jacques Amyot et Alain Villez « un postulat s'impose : la liberté absolue de choix et de prise de risque s'arrête pour les personnes âgées là où commence la responsabilité éthique, morale et juridique des soignants »⁵⁸. On peut y associer celle des aidants informels et professionnels non issus du milieu strictement sanitaire.

Ceci est une problématique récurrente dans ce contexte d'intervention à domicile, on peut parler de situations aporétiques. « Aristote décrit l'aporie comme la difficulté ou l'incertitude résultant de l'égalité des choix contraires », il s'agit pour Eric Fiat d'une « version savante de l'impasse »⁵⁹.

Le développement qui suit ne se veut pas exhaustif mais a pour but d'illustrer à travers certaines notions l'omniprésence de cette aporie dans la pratique gérontologique et notamment dans l'accompagnement au quotidien des personnes âgées vivant à domicile. C'est pourquoi il est indispensable de nourrir une réflexion permanente sur les pratiques professionnelles d'accompagnement sans quoi pourrait naître le risque de voir se développer une forme de déshumanisation, de dépersonnalisation de cet accompagnement voire des dérives.

3.1. La notion de risque

Le développement de politiques sécuritaires est observé depuis déjà de nombreuses années dans notre société. Ces « pratiques [...] prennent source et se nourrissent des craintes liées aux responsabilités »⁶⁰, elles n'épargnent pas le domaine de la gérontologie.

En effet, « le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante tend de plus en plus à être assimilé comme une conduite à risque », « plus on est proche de la personne plus on ressent fortement sa vulnérabilité et moins on est enclin à lui laisser prendre des risques »⁶¹.

Une forme de lutte contre l'insécurité s'impose, visant à minimiser autant que possible ces prises de risque.

Des stratégies sont ainsi développées par l'entourage de la personne au prix bien souvent d'une omission d'un certain nombre de valeurs morales et éthiques.

« Décider, choisir, consentir deviennent des actes difficiles à poser face à des excès [...] de responsabilité qui délitent la liberté et mettent en péril le sentiment de dignité de la personne et sa qualité de vie »⁶²

A vouloir éviter ces risques à tout prix, apparaissent des dérives (contention, enfermement...). Il est indispensable d'en prendre conscience et de limiter leur survenue autant que possible. Pour Jean-Jacques Amyot et Alain Villez, « les modalités de la renégociation des conditions de vie doivent faire l'objet d'une attention éthique toute particulière ».

« Comment autoriser les personnes âgées à prendre des risques ? [Ceci] nécessite la mise en place de procédures, d'espaces interdisciplinaires, d'échanges, de confrontation de points de vue et d'éthique ».

3.2. L'autonomie, la liberté menacées

« Les risques prétendument ou objectivement encourus par les vieillards servent de prétexte à la confiscation de liberté ». Il peut s'agir de la liberté de choisir, de consentir ou non, d'agir, d'aller et venir... La « vieillesse [est] essentiellement vécue comme une situation de perte dont la sanction est finalement la perte de la liberté »⁶³ Ceci compromet la possibilité des séniors de se gouverner eux-mêmes et donc leur autonomie.

L'aporie émanant des situations auxquelles les aidants sont confrontés est souvent en lien avec ce souci du respect des libertés et de l'autonomie des sujets aidés. Dans des contextes d'accompagnement de personnes âgées vivant à domicile et présentant des troubles cognitifs, le principe d'autonomie se heurte à ceux de non malfaisance, de bienfaisance. Le refus d'un soin d'hygiène doit-il, par exemple, être respecté ou doit-il être ignoré au nom d'une lutte contre l'incurie, potentielle source d'inconfort ou de complications ? Le choix du lieu de vie doit-il avant tout tenir compte des souhaits de la personne ou doit-il prioritairement garantir sa sécurité ou l'autonomie de son ou sa conjoint(e) parfois menacée par le poids de l'accompagnement ? A travers certaines stratégies adoptées par les aidants prime le paternalisme : « soft ou hard paternalism ».⁶⁴ Le principe de libre choix est ébranlé.

Plus globalement, l'organisation même de l'accompagnement à domicile peut représenter une menace pour la liberté des personnes âgées. Bernard Ennuyer parle ainsi de l'émergence de la coordination : il s'agit d'une « dépossession des personnes âgées de leur liberté individuelle, de leurs choix de vie au sens très large au profit des experts. Le consensus de la coordination représente un bloc homogène contre lequel l'avis de la personne âgée ne pèse pas très lourd ». On assiste à l'émergence d'une « mise en ordre » par une culture commune sur « les bonnes

décisions » à prendre. Apparaît une illusion de « bonne réponse », il s'agit d'« enfermer la personne âgée dans une espèce de classification technique type : un problème : une solution type »⁶⁵. La singularité de l'individu peut être ignorée.

3.3. Les risques du huis clos

L'accompagnement à domicile avec les interventions de professionnels conduit à la création d'une organisation implicite ou explicite au sein du groupe ainsi créé : personne aidée, aidants professionnels et non professionnels. Des codes, des habitudes de pratique s'installent. Bien qu'un turn over existe, il s'agit souvent des mêmes intervenants. Leurs modes d'exercice peuvent tendre à s'unifier. S'opère une sorte de conditionnement. Ceci est en lien avec des arrangements pouvant être trouvés au fur et à mesure des interventions en réponse à différentes problématiques (refus de soin, d'alimentation, tentatives de « fugue »...). Une prise de recul, une analyse objective et régulière de la situation, un questionnement des pratiques sont indispensables afin de pouvoir identifier d'éventuelles dérives.

Dans ce microcosme qui se crée « qui peut et qui doit être le garant du respect des droits ? [...] Quelle est la légitimité des professionnels du soin, alors qu'ils sont souvent juges et parties, à veiller au respect du droit ? »⁶⁶

« Il importe de limiter les effets induits par le huis clos et qui pourraient, sans gestion extérieure dériver sur une relation nuisible tant pour la personne âgée que pour l'intervenante. [Il est ici question des] risques de maltraitance, d'abus de pouvoir ou de risques de relation fusionnelle »⁶⁷.

Ceci met en lumière la nécessaire « mise en place de procédures et d'espaces interdisciplinaires d'échanges, de confrontation de points de vue et d'éthique »⁶⁸.

Les enjeux éthiques de ces interventions à domicile sont nombreux et font partie du quotidien des professionnels. Comment sont-ils formés pour faire face à de tels questionnements ? Malgré la pluralité des professions concernées, existe-t-il dans les programmes de formations dont ils sont issus un enseignement à l'éthique ou s'agit-il d'une formation sur « le tas » ?

4. LE CONTENU « ETHIQUE » DES FORMATIONS PROFESSIONNELLES

Nous allons détailler le contenu théorique en lien avec l'éthique dans les textes régissant la formation en soins infirmiers, puis dans ceux concernant l'enseignement dispensé aux étudiants aides-soignants, aux aides à domicile et aux auxiliaires de vie sociale.

4.1. Les études en soins infirmiers

Nous ne nous intéresserons ici qu'à la formation initiale c'est-à-dire au cursus permettant l'obtention du Diplôme d'Etat infirmier.

Il s'agit d'un sujet qui a été abordé par Christiane Bertholet-Sini au cours d'un travail de thèse dans le cadre d'un doctorat en Sciences de l'Education à l'Université de Nantes en 2000⁶⁹.

On retrouve dans ses écrits l'évolution historique des termes portant sur l'éthique ou la morale au sein des programmes d'enseignement en soins infirmiers.

En 1961, le terme « *éthique* » est cité dans un chapitre dans lequel sont abordées les notions suivantes : le **respect de la personne** (dignité, croyances, opinion) et la notion d'aide, le **respect de la vie**, le **secret professionnel** (tact et discrétion) et la **responsabilité légale**. Le terme « *morale* » apparaît également à plusieurs reprises (valeur morale de la profession, probité morale dans le travail, exigence morale du travail en équipe et responsabilité morale).

Suite à la réforme de 1972, aucun chapitre n'est plus consacré de manière spécifique à l'éthique dont l'enseignement est réparti dans différents modules. « Le programme stipule que les notions éthiques doivent être abordées progressivement en fonction des responsabilités assumées, et qu'elles se situent sur le plan humain, professionnel et civique »⁷⁰. Les nouveaux thèmes ayant trait à l'éthique sont les suivants : l'avortement, l'être humain face à la douleur, l'être humain face à la mort, le personnel soignant et l'euthanasie, la survie des enfants anormaux, la régulation des naissances. Le mot « *morale* » n'apparaît plus dans les textes officiels, en revanche, la notion de conscience professionnelle est retrouvée.

En 1979, les thèmes précédemment cités ont pour la quasi-totalité d'entre eux disparu, laissant place au droit à la mort, à l'abstention thérapeutique, à la réanimation prolongée, à la greffe et aux prélèvements d'organes, à la signification de la mort dans diverses orientations philosophiques et religieuses, au respect des convictions de chacun, au droit du malade, à sa liberté face aux soins, à la charte du malade hospitalisé, aux problèmes humains qui se posent à l'équipe soignante, au malade et sa famille lors de pronostics réservés.

Aucun chapitre spécifique n'est dédié à l'éthique. La nouveauté est que « l'aptitude à penser et à agir et la maturité d'esprit doivent être obligatoirement acquises »⁷¹.

Dans le programme de 1992, est créé le module suivant : « *Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail* ». Un sous-chapitre « *Ethique et déontologie* » aborde les droits de l'enfant, les droits de l'Homme, les droits des malades, l'éthique et la recherche médicale et biologique, la confidentialité, le respect de la vie et de la mort. Dans deux autres modules obligatoires qui concernent les personnes atteintes de l'infection par le VIH et d'hémopathies et de cancer, des thèmes éthiques sont également traités.

La dernière réforme des études en soins infirmiers date de 2009. L'unité d'enseignement 1 : « *Sciences humaines sociales et droit* » se décline en trois chapitres.

Le premier d'entre eux « *Psychologie, sociologie, anthropologie* » aborde les questions suivantes : autonomie, dépendance, bientraitance, maltraitance...

Le troisième chapitre « *Législation, éthique et déontologie* » comprend **125 heures de cours** réparties entre cours magistraux, travaux dirigés et travaux pratiques. Les recommandations pédagogiques de la première partie sont les suivantes :

« Cette unité vise à donner à l'étudiant des **bases solides et les moyens de les approfondir** dans les domaines **des valeurs et des droits** humains. L'étudiant doit à la fois **s'interroger** sur son propre système de valeurs et être en capacité de **comprendre celui des autres** en fonction des références utilisées. Il doit apprendre à distinguer ce qui relève du **droit, de la morale et de l'éthique**, afin qu'il situe mieux son action de professionnel appartenant à une société située dans le contexte de l'humanité. Il doit comprendre l'importance des références et du sens dans son action et la **nécessité du recul et de la réflexion**, notamment exprimée **en équipe**, afin de mieux agir. Dans le souci de mettre les étudiants dans une démarche de questionnement, la formation alternera entre des apports de connaissances, des travaux de recherche et d'étude documentaires, et des modalités interactives avec les étudiants »⁷².

Les éléments de contenu sont résumés ici :

- Les concepts en philosophie et éthique : homme, liberté, égalité, humanité, altérité, dignité, [...] éthique, morale, déontologie, responsabilité, dilemme, conflit, [...] respect, intégrité, engagement...
- L'exercice professionnel et la responsabilité [...]
- Les droits de l'homme [...]
- Les droits des patients [...]
- La confidentialité et le secret professionnel [...]

Les recommandations pédagogiques concernent l'application des connaissances acquises dans la première partie de l'enseignement :

« Les étudiants sont placés progressivement devant des situations qui leur demandent de mobiliser leurs connaissances en droit des personnes et des patients, d'utiliser les règles de la déontologie et de **mener une démarche d'analyse et de positionnement éthique**. Les étudiants doivent intégrer **combien la notion de réflexion en équipe est importante** dans l'analyse et le choix d'actions en adéquation avec les principes éthiques. Ils doivent être capables **de porter et d'argumenter les questions qu'ils perçoivent comme éthiques** devant un groupe. Les formateurs utiliseront des situations de soins actualisées et travaillées en lien avec les professionnels concernés »⁷³.

L'unité d'enseignement 4 « *Sciences et techniques infirmières, interventions* » aborde également des notions qui semblent importantes à citer ici : dans le chapitre « *Soins de confort et de bien-être* » sont traités les concepts et principes suivants : dignité, pudeur, intimité, autonomie, dépendance, secret professionnel...⁷⁴

Un arrêté paru au Journal Officiel le 2 octobre 2014 réforme certains points de la formation en soins infirmiers. Il s'agit surtout de l'évaluation et de la validation des stages. A noter toutefois que la simulation en santé est introduite parmi les modalités pédagogiques. Aucune modification n'est apportée dans les chapitres concernant l'enseignement à l'éthique.

Il semble qu'au fil du temps l'importance accordée à l'enseignement de l'éthique soit de plus en plus conséquente dans le cursus infirmier. Non seulement un apprentissage des bases et des grands principes éthiques en tant que références communes est dispensé mais la dimension de réflexion et d'adaptation à chaque situation singulière est également traitée.

Il n'a pas été retrouvé d'enseignement spécifique à la particularité d'une pratique à domicile.

4.2. Les études d'aide-soignant(e)

Le titre d'aide-soignant(e) est né en 1949 dans les hôpitaux. Il était à l'époque délivré par le médecin-chef du service après au moins un an de prise en charge des patients. En 1956, est créé le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignant(e) (CAFAS) obtenu à l'issue d'une formation spécifique. Il devient obligatoire en 1960. Le CAFAS devient le Diplôme Professionnel des Aides-Soignants (DPAS) en 1996, ce dernier devenant lui-même Diplôme d'Etat Aide-Soignant (DEAS) en 2007⁷⁵.

Actuellement, la formation est définie par le décret du 22 Octobre 2005 qui a instauré une nouvelle organisation générale par la mise en place d'un système d'alternance⁷⁶.

L'ensemble de la formation comprend 41 semaines soit 1435 heures d'enseignement théorique et clinique en institut de formation (17 semaines) et en stage (24 semaines). Sur l'ensemble des stages cliniques, un stage dans une structure pour personnes âgées est obligatoire.

L'étude du contenu des modules de formation nous permet d'identifier des thèmes d'enseignement intégrant une dimension éthique.

Dans le module 1 « *Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne* », les objectifs suivants sont cités :

- Identifier les besoins essentiels de la personne et **prendre en compte sa culture, ses habitudes de vie, ses choix et ceux de sa famille**
- Repérer l'**autonomie** et les capacités de la personne
- Apporter son aide pour la toilette, l'habillage, la prise des repas, l'élimination et le déplacement en l'adaptant aux besoins et aux capacités de la personne et **en respectant sa pudeur** et les règles d'hygiène
- Stimuler la personne, lui proposer des activités contribuant à **maintenir son autonomie** et à créer du lien social

Dans les savoirs associés apparaissent les termes « valeurs », « droits des patients ».

Dans le module 5 intitulé « *Relation-Communication* », les objectifs de formation sont entre autres les suivants :

- **Ecouter** la personne et son entourage et **prendre en compte les signes non verbaux** de communication **sans porter de jugement**

- S'exprimer et échanger en adaptant son niveau de langage, dans **le respect de la personne et avec discrétion**
- **Expliquer** le soin réalisé, les raisons d'un geste professionnel ...
- **Faire exprimer les besoins et les attentes** de la personne, les reformuler et proposer des modalités adaptées de réalisation du soin

Les savoirs associés mentionnent les notions suivantes :

- Les valeurs et les principes : **respect, discrétion, écoute sans jugement, confidentialité**
- La **charte du patient hospitalisé**, la loi du 4 mars 2002 relative aux **droits du malade**, le secret médical, le **secret professionnel**, la **maltraitance**, les soins palliatifs, les notions législatives et réglementaires
- La démarche d'**information**
- La participation à la **démarche éthique**

Dans le module 7 « *Transmission des informations* », l'objectif de formation suivant est trouvé : discerner les informations à transmettre dans **le respect des règles déontologiques et du secret professionnel**⁷⁷.

Bien qu'aucun module ne soit spécifiquement dédié à l'enseignement de l'éthique, il semble toutefois qu'un certain nombre de notions importantes soit abordé. Aucun chapitre d'item ne fait apparaître le terme « Ethique ».

Tout comme pour les IDE, il semble que la spécificité de la pratique à domicile ne soit pas abordée.

4.3. Les études d'auxiliaire de vie sociale et d'aide à domicile

Comme nous l'avons déjà exposé plus haut, 62% des intervenants à domicile en tant que « travailleur social » (dans une démarche d'aide et d'accompagnement) n'ont obtenu aucun diplôme du domaine sanitaire et social et moins du quart d'entre eux sont titulaires du DEAVS (21.2%⁷⁸). Ce dernier est pourtant considéré comme le diplôme de référence pour l'exercice du métier d'aide à domicile⁷⁹.

Il a été créé en 2002 faisant suite au Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile (CAFAD). Ainsi, le nombre d'heures de formation théorique est doublé et celui d'heures de stage est quant à lui plus que quadruplé⁸⁰. Le contenu de l'enseignement théorique est modifié et l'on voit apparaître « un module (le 9^{ème}) qui se décline comme cadre de formation à la déontologie. Malgré ce bel effort, [...] une réflexion approfondie sur la pratique professionnelle des AVS avec les moyens subséquents nécessaires en terme horaires fait défaut, du moins dans le cadre de la formation diplômante »⁸¹. C'est ainsi que Grégory Degeners, psychologue clinicien, aborde la question de la formation à l'éthique dans son ouvrage sur le métier d'AVS.

L'étude du contenu de l'enseignement théorique nous permet de relever les éléments suivants pouvant entrer dans la cadre de notions éthiques :

- Domaine de formation 5 : « *Participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé* ». Le chapitre intitulé « *Les droits des personnes* » traite des droits des personnes et de l'évolution de leur mise en application ainsi que de l'évolution du cadre juridique (lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2004). Le chapitre intitulé « *L'éthique et la déontologie de la pratique professionnelle* » aborde le respect de l'utilisateur dans ses droits, ses choix de vie, sa dignité, ses croyances, sa culture, la discrétion, la prévention, le repérage et l'alerte sur les situations de maltraitance, les responsabilités civiles et pénales⁸².
- Domaine de formation 6 : « *Communication professionnelle et vie institutionnelle* ». Le chapitre intitulé « *La communication professionnelle* » parle de la notion de discrétion, de secret professionnel et celui intitulé « *L'intervention à domicile* » de la réflexion sur les pratiques professionnelles. Une partie traitant de « *L'intervention dans un espace privatif et ses enjeux* » apparaît également⁸³.

Les titulaires de certains diplômes et certificats (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Médico-Psychologique, Diplôme d'Etat d'Assistant Familial, DEAS, Diplôme Professionnel d'Auxiliaire de Puériculture, Brevet d'Etudes Professionnelles Carrières Sanitaires et Sociales, BEP Agricoles option services aux personnes, Brevet d'Aptitude Professionnelle d'Assistant animateur Technicien, CAP petite enfance, CAP employé technique de collectivité, CAP assistant technique en milieu familial ou collectif, CAP agricole services en milieu rural) peuvent bénéficier d'allègements de formation par la validation automatique de certains modules du DEAVS. On peut constater que le domaine de formation 5 qui touche le plus aux notions d'éthique est celui pour lequel il y a le moins de dispense ou d'allègement⁸⁴.

Le DEAVS tout comme le DEAMP ont été remplacés par le **Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DEAES)** en janvier 2016. Du fait du caractère récent de cette formation, il nous a semblé important de détailler le contenu du programme du DEAVS puisque les professionnels exerçant à ce jour sont issus de cette formation.

Le nouveau programme se décline en quatre domaines d'activité. Il existe un socle commun d'apprentissage ainsi que des spécialités qui sont les suivantes :

- Accompagnement de la vie à domicile,
- Accompagnement de la vie en structure collective,
- Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire.

Dans le programme du socle commun apparaissent les notions suivantes :

- Chapitre « *Ethique et déontologie* » : notions et repères d'éthique et de déontologie ; secret professionnel et discrétion professionnelle ; notions juridiques sur le respect de la vie privée ; notions de responsabilité ; responsabilité civile et pénale ; chartes ; maltraitance ; bientraitance ; discrimination directe ou indirecte.
- Chapitre « *Les bases des politiques publiques et des lois régissant le secteur social et médico-social* » : Lois sur l'autonomie des personnes âgées, (20 juillet 2001, 28 décembre 2015).
- Chapitre « *Généralités sur les lois relatives à la santé et aux droits des malades* » : Lois du 4 mars 2002, du 22 avril 2005, du 21 juillet 2009, du 18 février 2015.

Il existe un programme spécifique à l'accompagnement de la vie à domicile où sont traités les thèmes suivants :

- Le rapport à l'intime
- Le rapport à la différence et à la singularité dans la prise en compte de l'autre

Il faut toutefois à nouveau préciser qu'aucun diplôme n'est exigé pour la pratique du métier d'aide à domicile et que les titulaires du DEAVS sont minoritaires bien que cette formation existe depuis maintenant quinze ans. Il s'agit pourtant d'une profession à part entière dont l'exercice requiert des compétences spécifiques. Ceci est bien attesté par l'existence d'un diplôme particulier (DEAES) pouvant être obtenu après avoir assisté à un nombre d'heures de formation relativement conséquent (1344 heures⁸⁵).

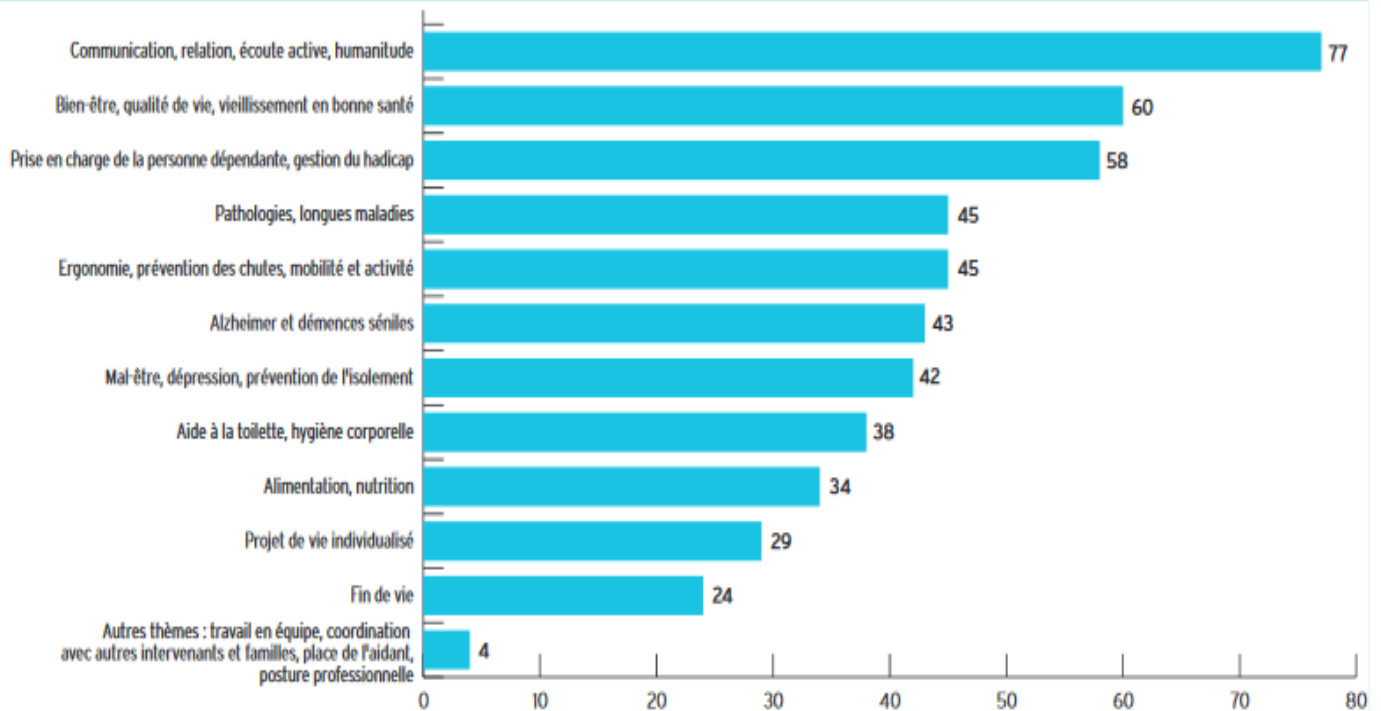
L'absence de formation initiale peut-être dans une certaine mesure compensée par la formation continue. Le DEAVS est d'ailleurs souvent acquis par le suivi d'une formation continue ou par une validation des acquis de l'expérience⁸⁶.

Une étude menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2011 avait pour but de dresser un état des lieux national des ressources en formation continue pour les aides à domicile⁸⁷.

Deux types de formation ont été considérés : la *formation certifiante* (permettant d'accéder entre autres aux diplômes suivants : DEAVS, mention complémentaire d'aide à domicile, AMP, animateur en gérontologie, assistant à domicile...) et la *formation professionnelle ou courte* (perfectionnement, élargissement des compétences).

Dans cette étude, onze thèmes de formation ont été présentés aux responsables de formations professionnelles courtes. Il leur a été demandé de citer les thèmes traités au sein de la formation pour laquelle ils étaient interrogés. Les résultats obtenus sont exposés dans la figure 1.

Figure 1. Les principaux thèmes abordés dans les formations professionnelles courtes (en pourcentage)



Aucun sujet n'est à proprement parler intitulé Ethique. Toutefois, on peut supposer, étant donné les éléments retrouvés dans cette étude, que des notions et principes éthiques sont abordés.

Les sujets comme la « communication », l'« écoute active », le « bien-être » apparaissent avant la question de l'ergonomie ou les cours s'intéressant à des pathologies spécifiques.

Il est particulièrement délicat d'estimer dans cette catégorie professionnelle la réalité de la formation à l'éthique. Ceci s'explique par l'absence de dispense d'un enseignement commun à l'ensemble des professionnels qui viennent d'horizons très variés, par la multiplicité des formations existantes, par les disparités au sein du territoire national concernant le nombre et le contenu des formations proposées...

Cet état des lieux nous a permis d'approcher les thèmes d'éthique abordés dans les programmes de formation des professionnels du soin et de l'accompagnement à domicile.

Notre travail de recherche a pour objectif de connaître le point de vue de ces professionnels sur leur formation à l'éthique. Devant le faible niveau de qualification des aides à domicile, nous émettons l'hypothèse qu'elles ne sont que peu voire pas sensibilisées à la réflexion éthique en

comparaison aux professionnels du milieu sanitaire qui ont bénéficié d'un enseignement sur ce thème au cours de leur formation initiale.

Partie II :

LA FORMATION A L'ETHIQUE : LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DU DOMICILE

Cette étude s'intègre dans un travail de recherche plus vaste qui s'intéresse à la manière dont se joue la réflexion éthique dans le contexte d'accompagnement des personnes âgées à leur domicile avec en particulier la notion d'intimité.

L'objectif principal de ce travail exploratoire est de connaître la définition de l'éthique telle qu'elle est formulée par les professionnels de terrain ainsi que leur point de vue sur la formation qu'ils ont reçue sur ce sujet et de savoir si la spécificité d'une pratique à domicile est abordée au cours de leurs formations. L'objectif secondaire est de connaître les questions ou problématiques éthiques que les professionnels souhaiteraient voir aborder en formation.

1. MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude par questionnaire s'intéressant au point de vue des professionnels sur la formation qu'ils ont reçue en éthique au cours de leur cursus.

1.1. Matériel

La population étudiée était constituée de professionnels des milieux sanitaire et social intervenant régulièrement (au moins une fois par semaine) auprès de personnes âgées à leur domicile.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : infirmiers diplômés d'état libéraux ou salariés, aides-soignants diplômés d'état, aides à domicile, auxiliaires de vie sociale diplômés d'état exerçant exclusivement au domicile des bénéficiaires de leurs services sur le territoire de Brest Métropole Océane (BMO).

Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

Les différents modes d'exercice des professionnels étaient les suivants : cabinets infirmiers libéraux, SSIAD, SPASAD et services d'aide à domicile.

La zone géographique concernée comprenait les communes suivantes : Brest, Bohars, Gouesnou, Guilers, Guipavas, Plougastel-Daoulas, Plouzané et le Relecq-Kerhuon.

1.2. Méthode

L'étude s'est appuyée sur des informations collectées grâce à un questionnaire qui a été créé collégialement par les membres d'une équipe de recherche incluant des gériatres, un philosophe ainsi qu'un sociologue (cf annexe 2).

1.2.1 Création du questionnaire

Une introduction au questionnaire a été rédigée, elle apparaît en première page. Il s'agit de quelques phrases explicatives précisant le cadre de réalisation de l'étude, son but, le caractère anonyme du questionnaire, nos coordonnées afin de pouvoir être contactés en cas de questions ainsi que pour être informés une fois le ou les questionnaire(s) rempli(s).

La première partie du questionnaire s'est attachée à identifier le profil de la population : sexe, âge, profession, diplôme(s) obtenu(s) au cours d'une formation professionnelle initiale, année(s) d'obtention du ou des diplôme(s), mode d'exercice professionnel (libéral ou salariat), en cas de salariat, précision sur la nature de l'employeur et enfin ancienneté de la pratique à domicile.

Nous nous sommes intéressés aux modèles validés pour guider la création du questionnaire. Le modèle de Kirkpatrick (cf annexe 3) a été retenu puisqu'il semble être la référence dans le domaine de « l'évaluation » d'une formation bien qu'il ne fasse pas l'unanimité^{88 89}. Ce modèle est basé sur quatre niveaux d'évaluation, chaque niveau est construit à partir des informations fournies par les précédents. Le premier niveau évalue le degré de satisfaction des participants à la formation, leur réaction, le second tente de mesurer leur apprentissage, le troisième s'intéresse à la mise en œuvre des nouvelles compétences acquises et le quatrième aux résultats c'est-à-dire aux éléments factuels et chiffrables générés par la formation.

Nous nous sommes inspirés de ce modèle pour construire la seconde partie du questionnaire qui s'intéresse aux différentes formations reçues.

L'ordre des différents niveaux d'impact de ce modèle n'a pas été respecté puisque les questions 9 à 12 et 18 à 19 concernaient la mesure de l'apprentissage correspondant au niveau 2 (Qu'est-ce que l'éthique ? Ce sujet a-t-il été abordé en formation ? Quels thèmes ont été traités

et selon quelles modalités d'enseignement ? La pratique à domicile est-elle spécifiquement traitée, si oui dans quelles formations ?).

Les questions 13, 15, 16 et 17 avaient trait au niveau 1 du modèle concernant le degré de satisfaction des bénéficiaires des formations (La formation a-t-elle répondu à leurs attentes ? A-t-elle été suffisante ? De manière plus globale, l'offre en terme de formation à l'éthique est-elle suffisante et quels sujets seraient intéressants à aborder ?).

Le niveau 3 s'intéresse aux changements comportementaux, ceci a été exploré par la question 14 (Changements dans les pratiques ?).

Nous avons tenté de poser, en priorité, un maximum de questions fermées à choix unique ou multiple pour faciliter le traitement des données : elles sont au nombre de 8 sur 11 (nous ne tenons pas compte ici des 8 premières questions consacrées aux déterminants). Certaines d'entre elles contiennent une partie ouverte (4 questions sur les 8), ceci devant permettre aux participants de préciser leur réponse ou d'écrire une réponse autre que celle(s) qui leur étai(en)t proposée(s). 3 questions sont donc en totalité ouvertes.

Le questionnaire a été testé auprès de trois professionnels n'exerçant pas dans la zone géographique concernée par l'étude, pratiquant leur métier uniquement aux domiciles des patients ou usagers. Il s'agissait d'une infirmière libérale, d'une aide-soignante et d'une aide à domicile.

Ce test nous a mené à modifier l'ordre des questions à savoir la question suivante : « A quoi fait référence pour vous, dans votre pratique professionnelle, le terme « Ethique » ? » qui était la première du questionnaire a été replacée en 9^{ème} position. Nous avons également supprimé la distinction entre formation initiale et formation continue qui semble délicate à faire en ce qui concerne les aides à domicile dont les parcours de formation sont très hétérogènes. Il n'a pas paru pertinent de catégoriser les titres et/ou diplômes obtenus en tant que formation initiale ou continue.

1.2.2 Diffusion du questionnaire

La première étape a consisté en une prise de contact soit directement avec les professionnels soit avec des responsables de SSIAD, de SPASAD et de services d'aide à domicile. Ceci a été fait par téléphone ou par mail.

Pour les infirmiers, tous les cabinets libéraux apparaissant dans l'annuaire des Pages Jaunes et situés dans chacune des communes du territoire de BMO ont été joints par téléphone. En cas de

non réponse au premier appel, des tentatives de prise de contact ont été répétées jusqu'à trois fois. Aucun message vocal n'a été laissé au cours de cette première vague d'appels.

L'objet et les modalités de l'étude étaient expliqués au cours du contact téléphonique. En cas d'accord obtenu de la part des interlocuteurs pour participer à l'étude, nous convenions d'un nombre de questionnaire à déposer au cabinet en fonction du nombre de professionnels y travaillant. Les questionnaires sous enveloppes étaient déposés dans les boîtes aux lettres des cabinets dans les 24 à 72 heures suivant le contact téléphonique. 139 questionnaires ont ainsi été déposés sur l'ensemble du territoire. Toutes les communes du territoire étaient concernées.

Pour les SSIAD et les SPASAD, un contact a été pris par mail et/ou par téléphone avec les responsables d'équipes. Les communes suivantes ont été concernées : Le Relecq-Kerhuon (SSIAD), Guipavas (Les Amitiés d'Armor), Plougastel-Daoulas (SSIAD) et Brest (Archipel Santé et Les Mutuelles de Bretagne).

30 questionnaires ont été déposés sous pli au SSIAD les Amitiés d'Armor basé à Guipavas. Des exemplaires informatisés en format Word ont été envoyés par mail en pièce jointe aux responsables des SSIAD de Plougastel-Daoulas comprenant 8 salariés, du Relecq-Kerhuon comprenant 6 salariés, aux responsables des SPASAD Archipel Santé (antenne de la rue Jean Jaurès à Brest) comprenant 70 salariés et des Mutuelles de Bretagne à Brest comprenant 193.

Pour les organismes d'aide à domicile, la prise de contact avec les responsables s'est faite par téléphone, par mail ou lors d'un passage à certains des sièges. Sur 13 organismes contactés (toutes les communes du territoire étaient concernées), 4 ont répondu favorablement pour la diffusion du questionnaire : ADMR Océane (communes de Plouzané, Guipavas, Plougastel-Daoulas, Guilers et Gouesnou) (122 salariés), Aides et Présences Brest (15 salariés), AMADEUS Aide et Soins Brest (75 salariés) et Adhap Services Brest (34 salariés). Pour les 9 autres, soit nous avons reçu des refus soit nous n'avons obtenu aucune réponse.

5 questionnaires ont été déposés à Adhap Services sinon la diffusion s'est faite exclusivement par envoi de mail avec pièce jointe aux responsables.

Des relances téléphoniques ont été effectuées à deux reprises. Ceci a intéressé principalement les cabinets infirmiers dans lesquels des questionnaires avaient été déposés afin de les récupérer.

La période d'inclusion est allée du 10 Octobre 2016 au 24 Février 2017. Elle a débuté lors des premiers contacts pris avec des professionnels ou des responsables d'équipe ayant donné leur accord pour remplir ou diffuser le questionnaire au sein de leur(s) équipe(s). La durée d'inclusion a été déterminée par le délai de retour des questionnaires et par le fait que nous avons cherché à obtenir un nombre de questionnaires relativement équivalent entre les différents groupes de professions représentées.

1.2.3 Collecte des données

Le recueil des questionnaires s'est fait de deux manières différentes selon le choix des différents participants ou de leurs responsables : retour par voie postale ou passage aux cabinets ou aux différents sièges une fois les questionnaires remplis pour les récupérer (nous étions alors avertis par téléphone et un rendez-vous était fixé).

Cette période de collecte des données s'est déroulée du 5 Novembre 2016 au 20 Mars 2017.

1.2.4 Interprétation des données

Le questionnaire a été paramétré dans un logiciel d'enquête et de dépouillement d'enquête *Sphinx*®.

Les réponses ont ensuite été saisies dans ce même logiciel. Ceci nous a permis d'obtenir le tri à plat des données. Les données ont été exprimées en pourcentage, moyenne, écart-type et médianes. Les graphiques ont été réalisés grâce à l'utilisation du logiciel *Excel*.

Les non réponses ont été comptabilisées mais ne sont pas incluses dans les analyses statistiques par la suite.

2. RESULTATS

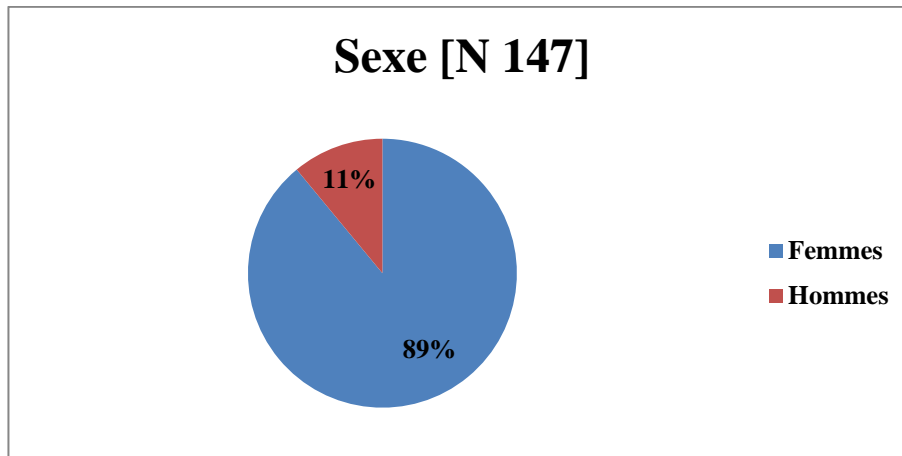
147 questionnaires ont été recueillis sur la période allant du 5 Novembre 2016 au 20 Mars 2017. La totalité d'entre eux a été exploitée. Le taux de réponse était de 22%.

2.1. Caractéristiques de la population étudiée

2.1.1 Sexe

Le taux de réponse à cette question a été de 100% (147 questionnaires).

Au sein de la population interrogée, les **femmes étaient majoritaires**, au nombre de 131 (89.1%) contre 16 hommes (10.9%).



2.1.2 Age

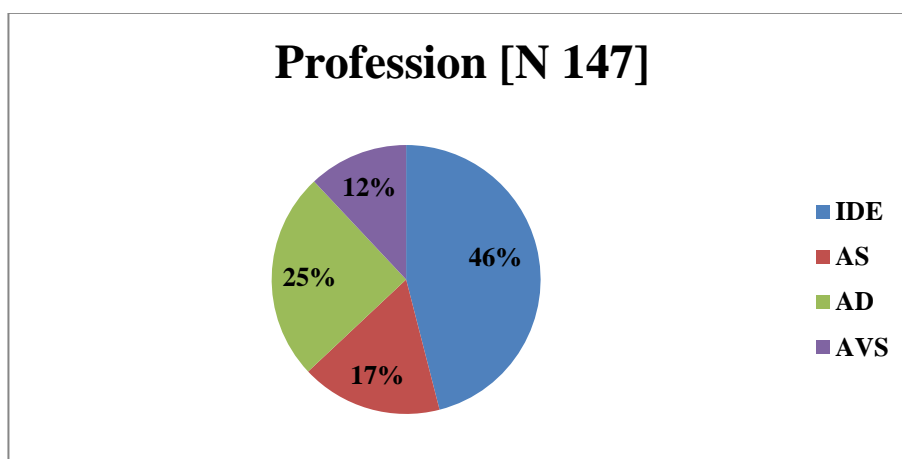
Le taux de réponse à cette question a été de 99.3% (146 questionnaires).

L'âge moyen était de 42 ± 9.55 ans [20-62]. 15 (10.2%) avaient moins de 30 ans et 85 (57.8%) 40 ans et plus. L'âge médian était de 42 ans.

2.1.3 Profession

Le taux de réponse à cette question a été de 100% (147 questionnaires).

Parmi les quatre professions représentées il y avait 67 **infirmiers diplômés d'état** (IDE)(45.6%), 25 **aides-soignants** (AS) (17%), 18 **auxiliaires de vie sociale** (AVS) (12.2%) et 37 **aides à domicile** (AD) (25.2%).



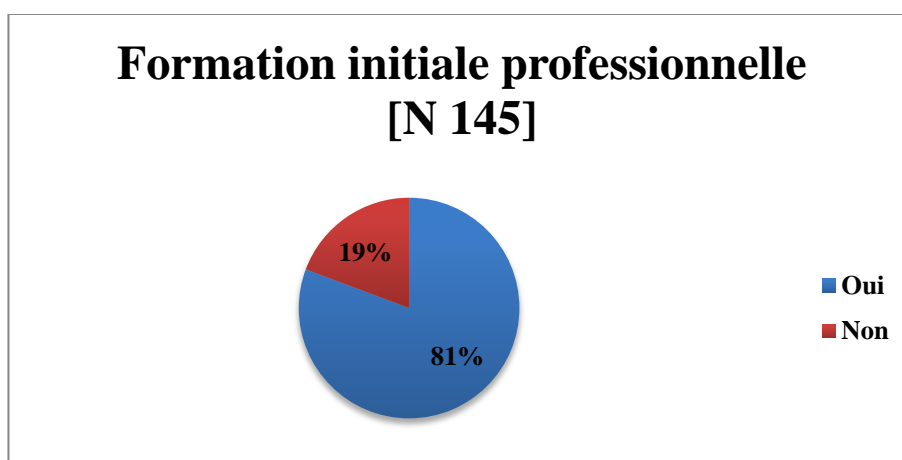
2.2. Formation initiale, diplômes

2.2.1 Formation initiale professionnelle et diplôme(s) obtenu(s)

Le taux de réponse à cette question a été de 98.6% (145 questionnaires).

117 (80.7%) des personnes interrogées déclaraient avoir reçu une formation initiale professionnelle. Les 67 IDE (100%), les 25 AS (100%) ainsi que les 18 AVS (100%) et 7 AD (20%). Ces 7 AD ont obtenu le titre professionnel d'Assistant de vie aux familles à l'issue d'une formation qualifiante.

28 (19.3%) considéraient quant à eux ne pas en avoir bénéficié, il s'agissait de 28 AD.



Les diplômes obtenus par profession étaient les suivants :

- **IDE** : 66 des 67 répondants possédaient le DE infirmier et une non réponse était comptabilisée.

Chacun des diplômes suivants, secondairement obtenus, a été cité une fois : DIU Addictologie, DIU Hypnose médicale et clinique, DU Ethique et Subjectivité, DU Gérontologie, Diplôme d'Etat de Cadre de Santé.

- **AS** : 22 des 25 AS ont obtenu soit le CAFAS, soit le DPAS soit le DEAS (pour rappel, il s'agit de diplômes équivalents). 2 ont obtenu une équivalence de DEAS en validant la première année d'études en soins infirmiers.

Une personne a obtenu le DEAMP et bénéficié d'une validation des acquis afin d'exercer comme AS.

En complément de ces diplômes professionnalisants, une personne a obtenu le titre d'Assistant de Soins en Gérontologie et une autre le Brevet d'Etat d'Animateur Technique de l'Education Populaire « Personnes Agées » (BEATEP).

- **AVS** : Sur les 18 professionnelles interrogées, 16 ont obtenu le DEAVS et 2 le CAFAD. 2 des personnes titulaires du DEAVS ont également validé un Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) Sanitaire et Social. L'une d'entre elle a également validé un BEP Petite Enfance. 2 autres des personnes titulaires du DEAVS ont aussi le titre d'Assistant de Vie aux Familles.

- **AD** : Les 7 AD ayant répondu positivement ont donc le titre d'Assistant de Vie aux Familles. 5 autres personnes ont apporté des précisions sur les diplômes qu'elles ont reçus : 3 avaient un BEP Sanitaire et Social, 1 était à la fois titulaire d'un BEP Sanitaire et Social et d'un BEP Technicien de Gestion en Animation, 1 autre a obtenu un Brevet d'Etudes Professionnelles Agricoles Services à la personne (BEPA Services à la personne).

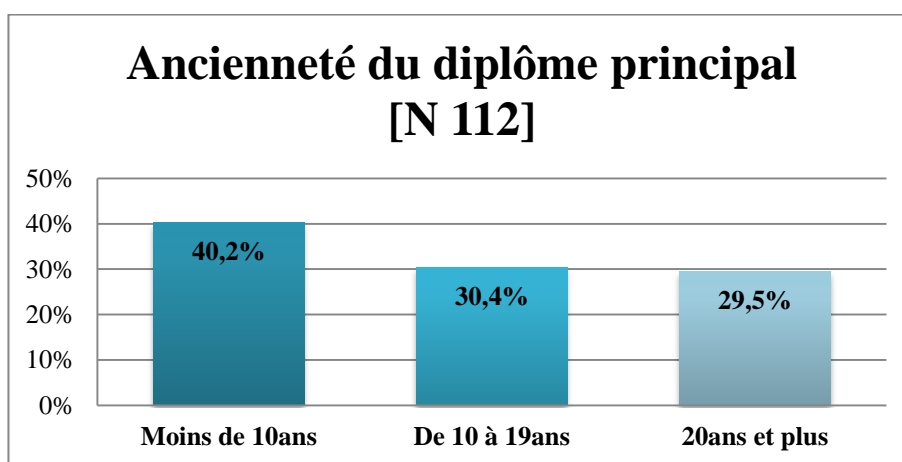
2.2.2 Année(s) d'obtention du ou des diplôme(s)

Pour cette question, nous avons calculé à partir des réponses données le nombre d'années s'étant écoulées depuis d'obtention des diplômes.

Le taux de réponse a été de 76.2% (112 questionnaires).

Sur les 112 personnes ayant répondu, 45 (40.2%) étaient diplômées depuis moins de 10 ans, 34 (30.4%) depuis 10 à 19ans et 33 (29.5%) depuis 20 ans et plus.

En moyenne, les répondants étaient diplômés depuis 14 ± 9.27 ans [1-35]. La médiane était de 11 ans.

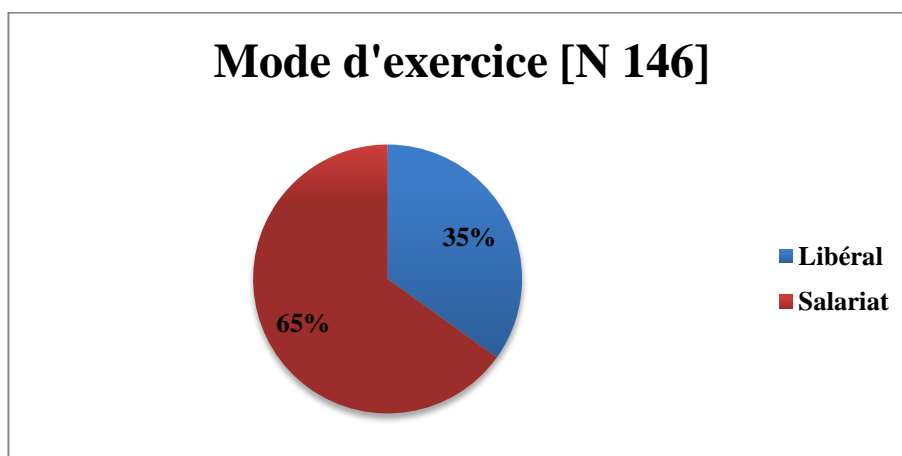


2.3. Précisions sur l'exercice professionnel

2.3.1 Mode d'exercice

Le taux de réponse à cette question a été de 99.3% (146 questionnaires).

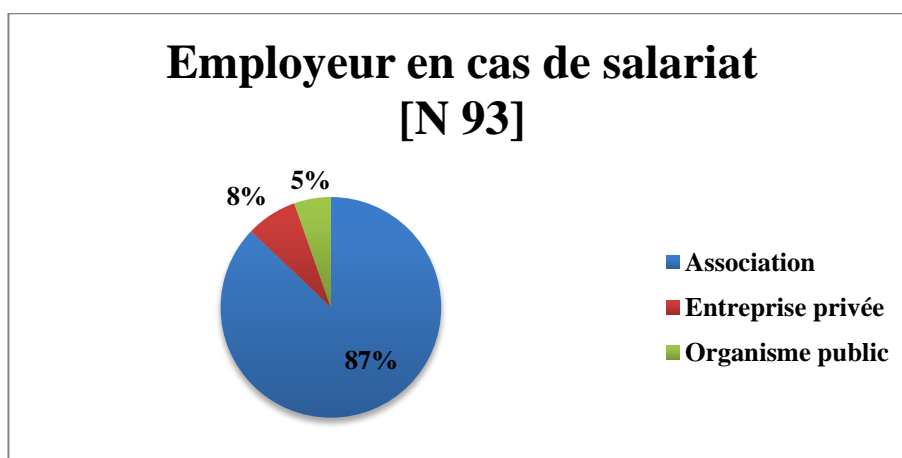
Sur 146 répondants, 95 personnes (65.1%) étaient salariées et 51 (34.9%) exerçaient en libéral, il s'agissait à 100% d'IDE.



2.3.2 Employeur en cas de salariat

Le taux de réponse a été de 98% (2 non répondants).

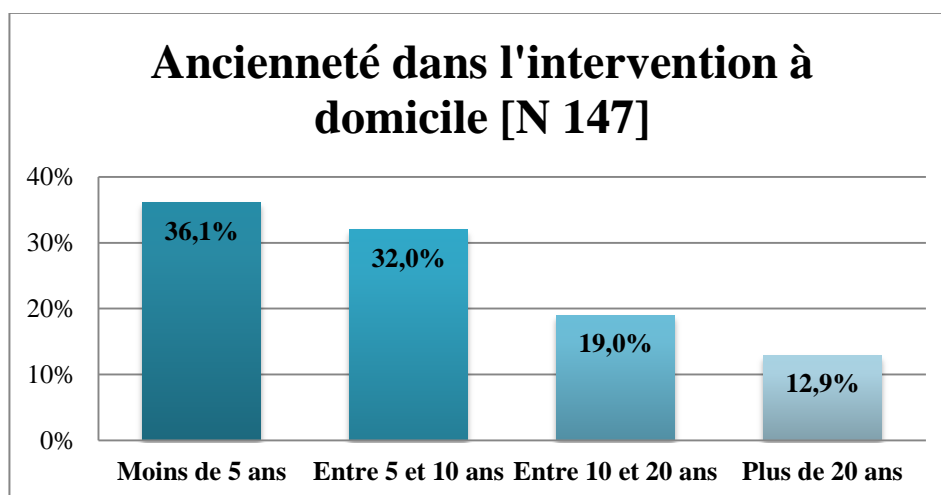
Sur les 93 répondants, 81 (87.1%) étaient employés par une association, 7 (7.5%) par une entreprise privée et 5 (5.4%) par un organisme public.



2.3.3 Ancienneté en tant qu'intervenant à domicile

Le taux de réponse a été de 100% (147 questionnaires).

53 professionnels (36.1%) intervenaient à domicile depuis moins de 5 ans, 47 (32%) depuis 5 à 10 ans, 28 (19%) entre 10 et 20 ans et 19 (12.9%) depuis plus de 20 ans.



2.4. Formation à l'éthique

2.4.1 Définition du terme Ethique par les professionnels

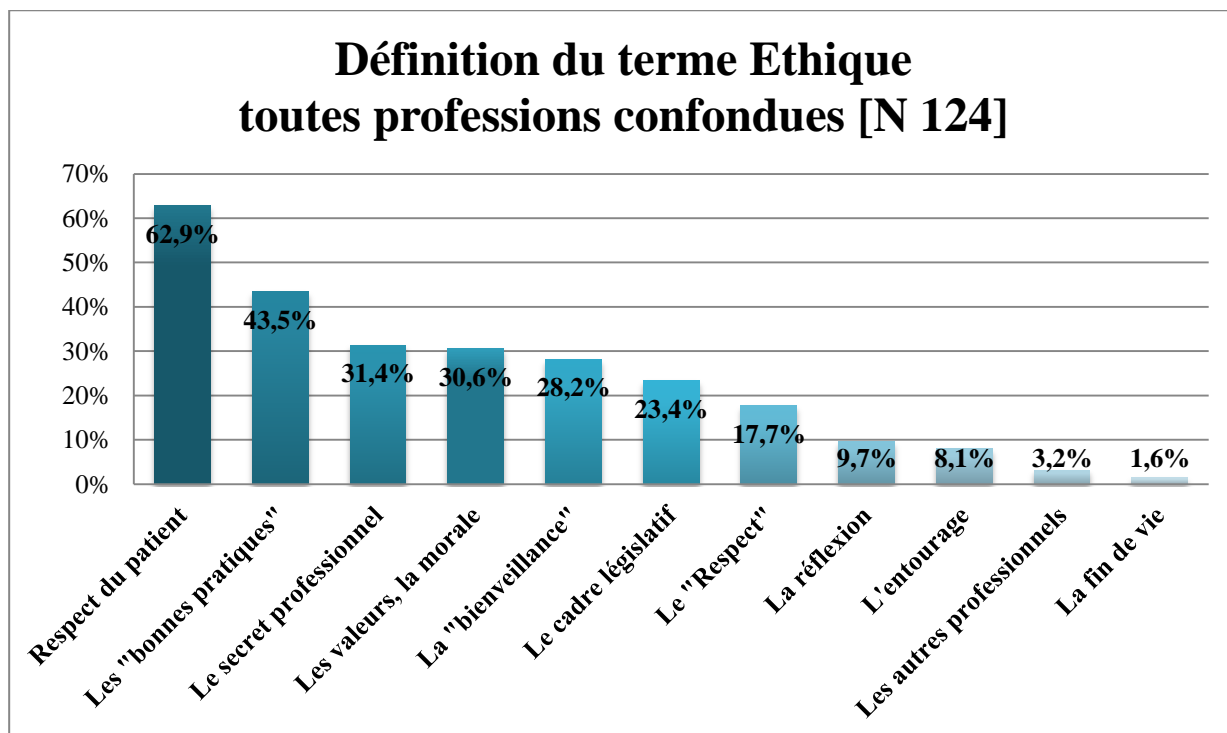
Le taux de réponse à cette question a été de 85.7% (126 questionnaires).

Les non réponses concernaient : 12 AD (30%), 4 AVS (17%) et 5 IDE (7%). Les 25 AS ont répondu à cette question.

Les réponses à cette question ouverte ont été classées par catégories. L'analyse lexicale nous a conduits à déterminer 11 catégories regroupant des idées similaires.

Les chiffres indiqués entre parenthèses après certaines citations représentent le nombre de fois où celles-ci ont été trouvées dans les questionnaires.

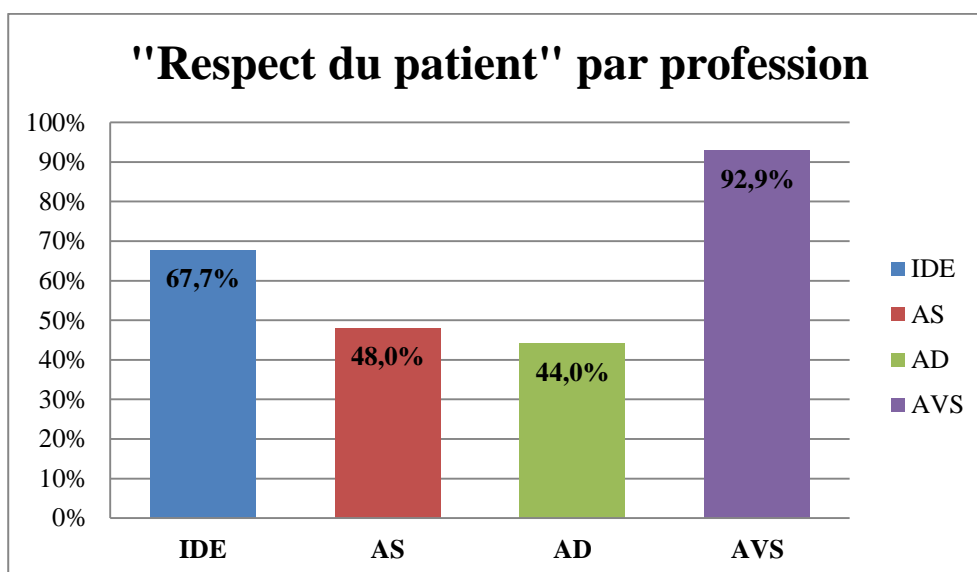
2 des 126 questionnaires n'ont pas été inclus dans l'analyse pour cette question du fait de l'impossibilité de classement des réponses.



- **Le respect du patient/du bénéficiaire/ de l'utilisateur dans sa singularité (notion de prise en charge personnalisée, adaptée) :**

La notion de respect du patient était développée dans 78 des 124 questionnaires inclus (62.9%) correspondant à 42 IDE (53.8%), 12 AS (15.4%), 13 AVS (16.7%) et 11 AD (14.1%).

- **Respect** « de la **personne** »(22), « respect du **patient** »(8), « respect de l'autre(5) en tant que personne avec des besoins propres », « respect de l'être soigné »(3), « respect d'autrui », « respect de l'utilisateur »
- Respect « de son vécu », « de sa religion(2) », « de ses croyances »(2), « de ses valeurs (2) », « de ces conditions de vie, de son environnement (4)», « de ses pratiques», « sa culture(2), ses goûts », « prise en charge de la personne telle qu'elle est avec sa couleur de peau, sa religion, ses différences sociales », « respecter les us et coutumes ». « Respect de la vie et de l'histoire de vie des patients(2) tant sur l'aspect culturel, social, religieux ou familial », « conduite à tenir en fonction des patients (leur vie, leur habitation...) », « bonnes pratiques en relation avec valeurs humaines, religieuses, déontologiques des patients et des miennes »
- Respect de « ses attentes », « des volontés de la personne(2) », « pratiques centrées sur les besoins, les demandes de l'utilisateur », « **respect du choix du patient(7)** », « respect des désirs de la personne(2)», « prendre en compte les souhaits et la parole de la personne aidée », « respect de la décision des patients ».
- Respect « de leur **autonomie(5)**, de leur **intimité(6)** », « respect de la dignité »(4), « **respect de la vie privée(8)** », « de la pudeur »
- « Permettre un « prendre soin » individuel, propre à chaque patient », « prise en charge individualisée»
- « Soins dans la globalité(3) », « respect de l'être humain dans sa globalité »(2), « prise en charge globale(2) aussi bien physique que morale »
- « Respect et liberté des patients (pas de discrimination(3)) », « adaptation », « pas de jugement(3) »
- « Bonnes pratiques respectueuses du patient », « bon positionnement envers le patient »



- **Les « bonnes pratiques », le cadre professionnel, le « positionnement » professionnel :**

Ces notions étaient retrouvées dans 54 des 124 questionnaires analysés (43.5%) correspondant à 27 IDE (50%), 9 AS (16.7%), 9 AVS (16.7%) et 9 AD (16.7%).

- « **Règles à respecter** »(4), « **respect des règlements** »(4), « des règles régissant la profession »(3), « cadre professionnel »(2), « j'interviens dans les limites de mon métier »(2), « principes qui dirigent ma profession », « respect des horaires, de la mission confiée », « respect des protocoles », « des normes », « règles fondamentales de comportement et attitude professionnelle », « ligne de conduite », « règles fondamentales de comportement et attitude professionnelle », « être rigoureux ».

« Respect de la profession », « conscience professionnelle »(3), « responsabilité »(3), « garde-fou », « instaurer des limites pour assurer intégrité morale et/ou physique de la personne soignée »

« Elle est commune à une même discipline », « nous protège ».

- « **Bonnes pratiques** »(3), « le prendre soin »(2), « tendre vers un idéal de bonne pratique », « qualité des soins », « notion de bien faire les soins », « faire son travail au mieux », « bonnes pratiques en relation avec valeurs humaines, religieuses,

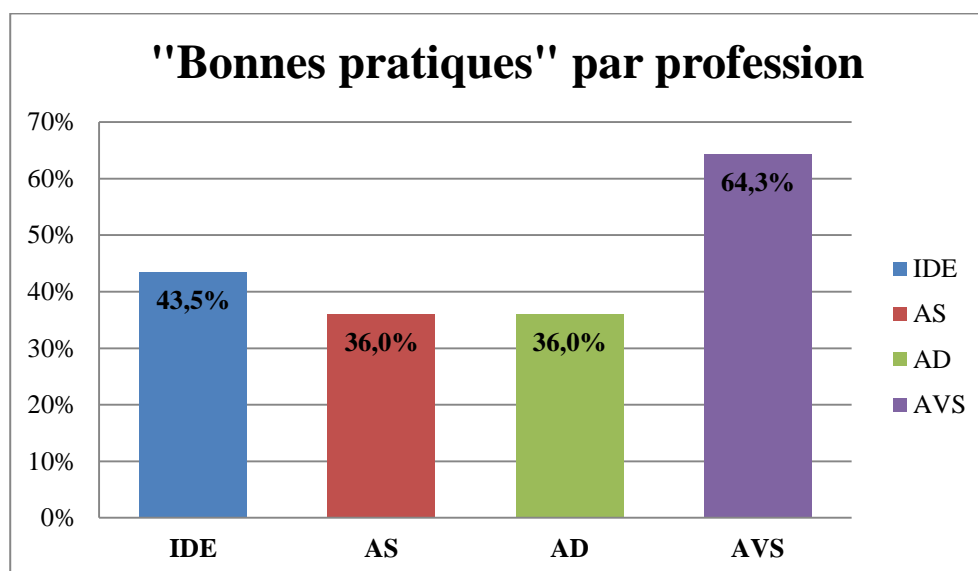
déontologiques des patients et des miennes », « équilibre entre bénéfice et risque », « façon de procéder », « bien agir », « recherche de la conduite la plus favorable », « bonne conduite », « bon geste », « pratique responsable, respectueuse »

• « Soins dans la globalité »(3), « prise en charge globale(3) aussi bien physique que morale »

• « Consentement du patient », « travailler dans le dialogue avec la personne », « confort et sécurité de la personne aidée »

• « Bien accompagner les personnes âgées, répondre au mieux à leurs attentes », « adaptation »

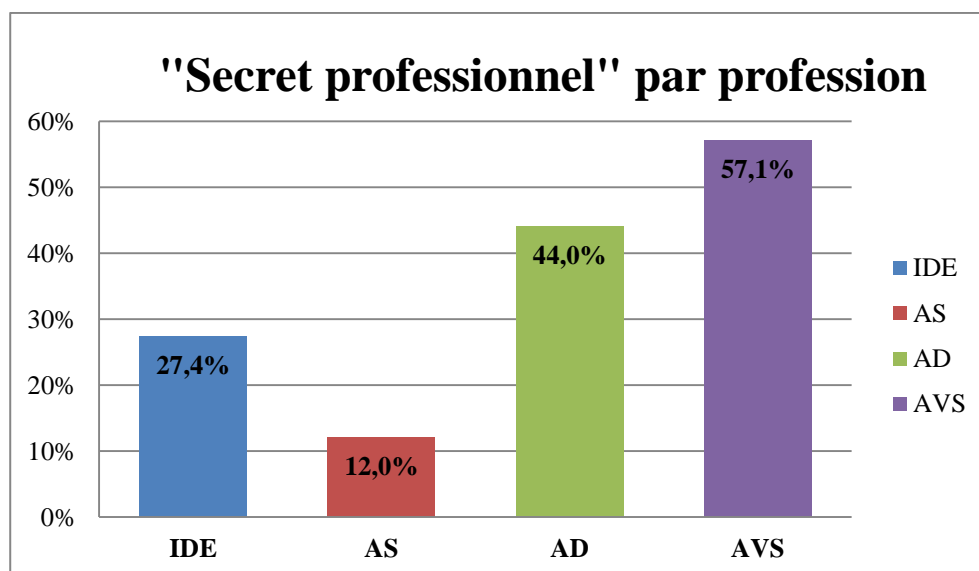
• « Bon comportement »(2), « bon positionnement(2) envers patient, proches et autres professionnels », « le savoir être », « juste distance vis-à-vis du patient », « être professionnel », « comportement à adapter », « façon d'être »(2).



- **Le secret professionnel :**

Ce principe était cité dans 39 questionnaires (31.4%) correspondant à 17 IDE (43.6%), 3 AS (7.7%), 8 AVS (20.5%) et 11 AD (28.2%).

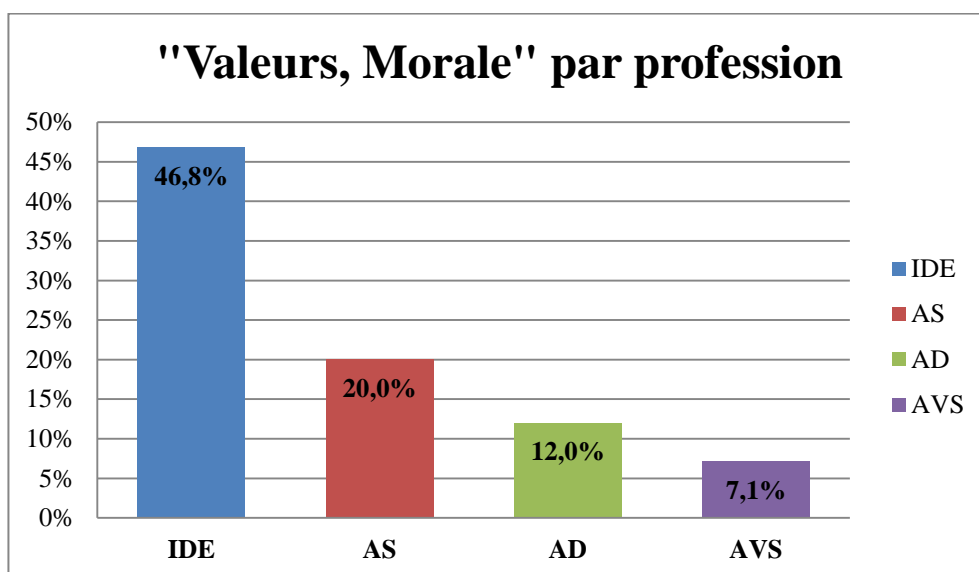
- « **Secret professionnel** »(15), « **discrétion** »(11), « **confidentialité** »(9), « **respect de la vie privée** »(8), « **secret médical** (2)»



- **Les valeurs, la morale :**

Ces mots apparaissaient dans 38 questionnaires (30.6%) correspondant à 29 IDE (76.3%), 5 AS (13.2%), 1 AVS (2.6%) et 3 AD (7.9%).

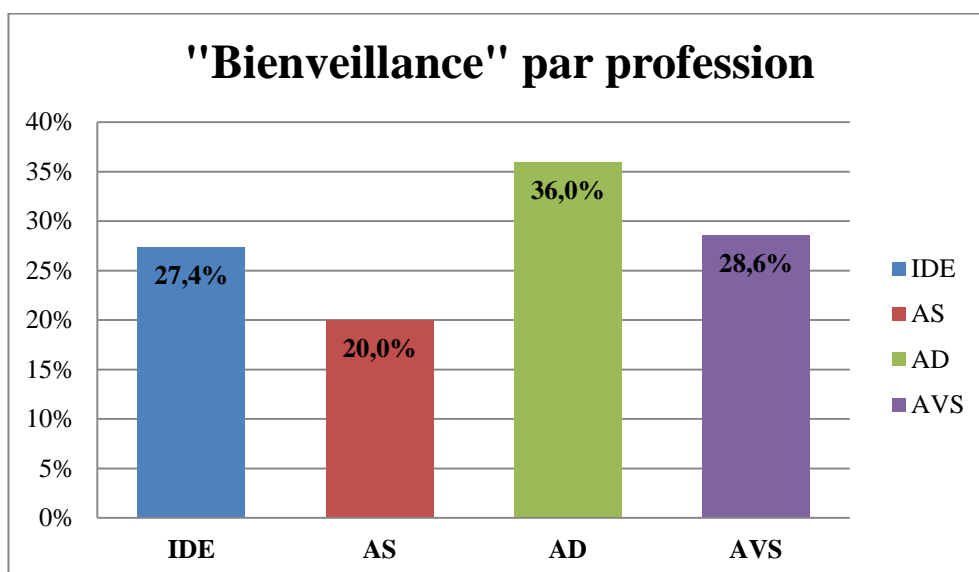
• « morale »(13), « valeurs »(9), « valeurs morales»(7), « respect des valeurs(3)», « valeurs professionnelles »(2), « code de valeurs(2) à respecter », « valeurs que l'on a et que l'on souhaite appliquer », « principes moraux », « moralité », « application d'un jugement moral», « le sens moral », « règles ou science de la morale ».



- **La « bienveillance » :**

Cette notion était retrouvée dans 35 questionnaires (28.2%) correspondant à 17 IDE (48.6%), 5 AS (14.3%), 4 AVS (11.4%) et 9 AD (25.7%).

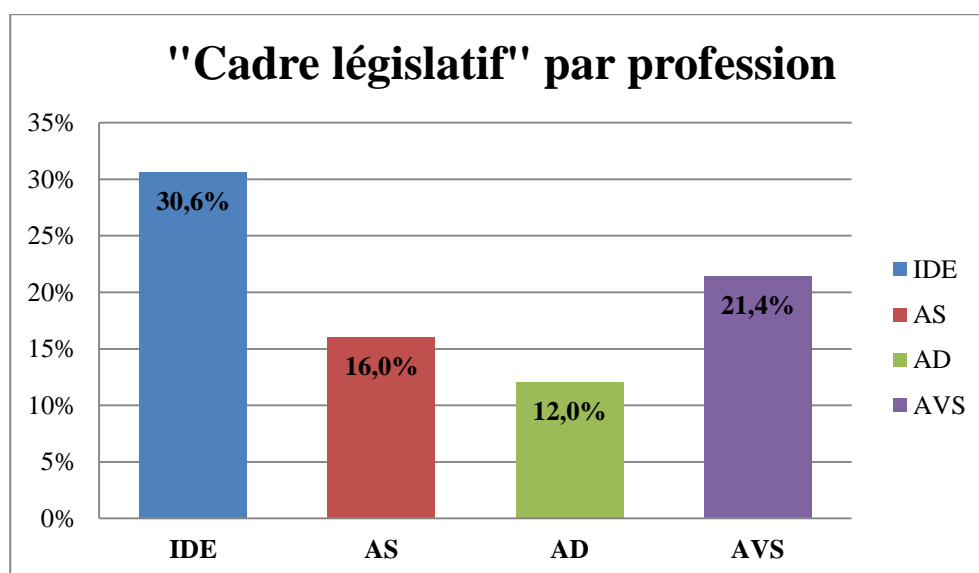
- « bienveillance »(9), « écoute »(7), « empathie »(6), « bientraitance »(4), « bien être du patient »(4), « confiance »(3), « pas de jugement »(3), « bienfaisance »(2) « humanité »(2), « respect de l'être humain(2) dans sa globalité », « non malveillance », « valeurs humaines de respect, compassion »,



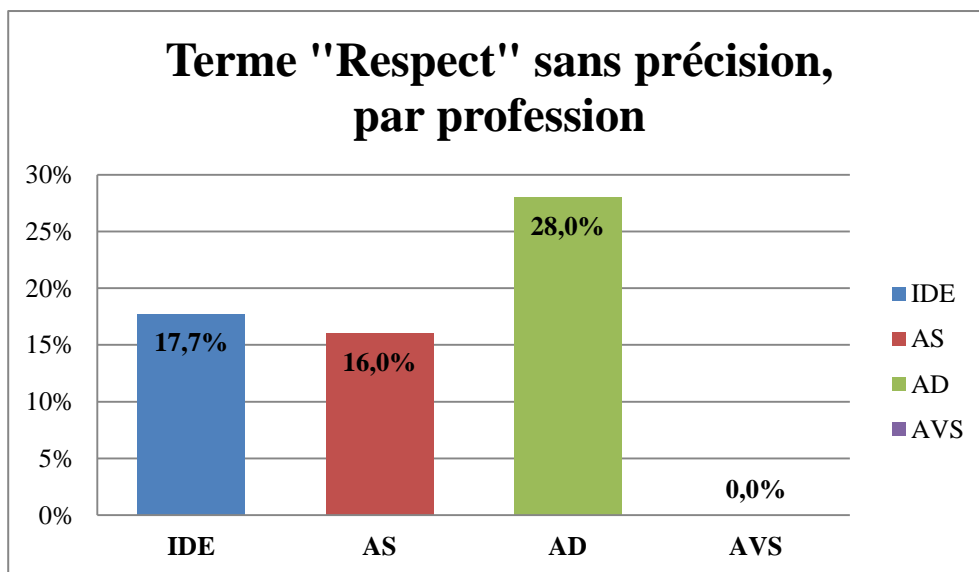
- **Le cadre législatif, la déontologie :**

Cette idée était développée dans 29 questionnaires (23.4%) correspondant à 19 IDE (65.5%), 4 AS (13.8%), 3 AVS (10.3%) et 3 AD (10.3%).

- « **Respect des droits des patients**(9), des devoirs des soignants(2) », « nos droits(2) », « j'interviens selon les droits et les limites de mon métier »
- « **Déontologie** »(7), « respect de la déontologie professionnelle », « code de déontologie », « valeurs déontologiques des patients et des miennes », « règles de déontologie »
- « Respect des lois »(3), « la loi »(2), « référence aux lois Kouchner et Leonetti », « cadre législatif », « pratique légale »
- « Information claire et honnête », « consentement du patient »



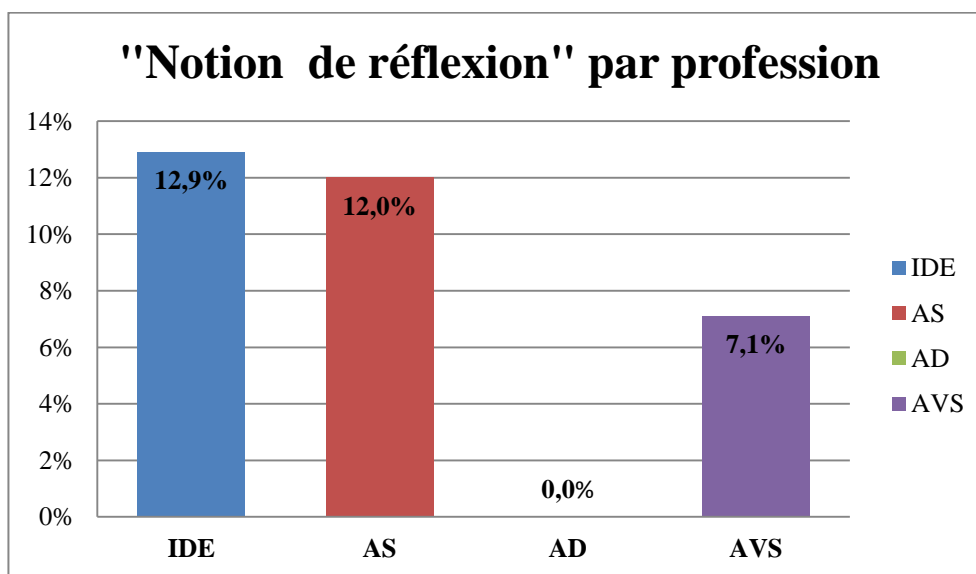
- **Le mot « Respect »** seul, sans autre précision a été cité à 22 reprises (17.7%) correspondant à 11 IDE (50%), 4 AS (18.2%), 7 AD (31.8%) et aucune AVS.



- **La réflexion individuelle ou collégiale :**

Des idées en lien avec cette notion apparaissent dans 12 questionnaires (9.7%) correspondant à 8 IDE (66.7%), 3 AS (25%), 1 AVS (8.3%) et aucune AD.

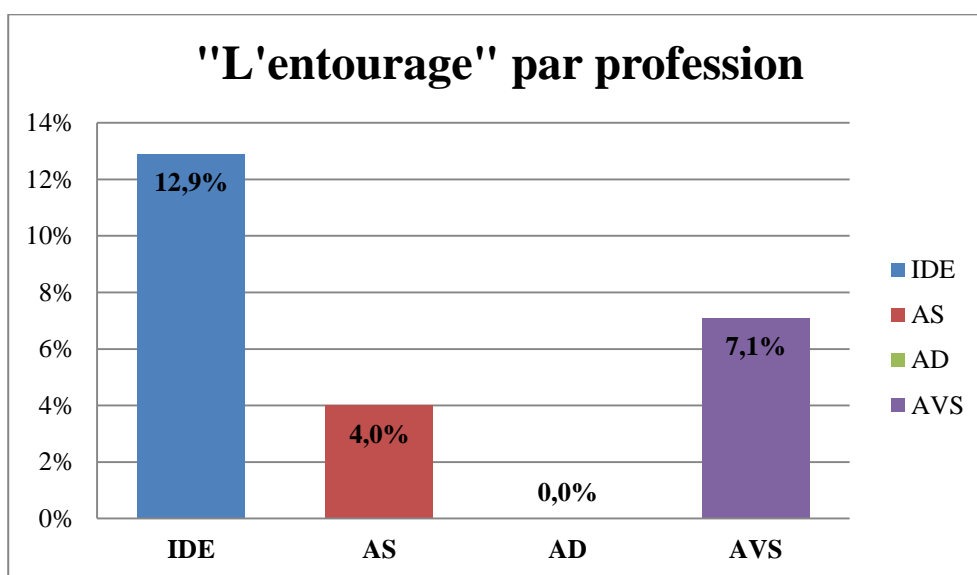
- « **réflexion autour de nos pratiques** »(3), « questionnement sur nos pratiques, permettre de réfléchir sur la finalité de nos actions, démarche de réflexion qui est une aide à la prise de décision », « réfléchir et répondre à titre individuel et en équipe », « équipes pluridisciplinaires lors de décisions importantes », « décision collégiale », « réflexion et concertation avec les différents partenaires de santé », « la collaboration avec autres intervenants à domicile pour le bien être de la personne »
« prendre parfois un recul nécessaire pour redéfinir les objectifs et l'ordre des priorités », « notre pratique est interrogée constamment », « être dans la réflexion en permanence », « réflexion constante », « c'est le questionnement sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire »,



- **La prise en compte de l'entourage :**

Ce principe était cité dans 10 questionnaires (8.1%) correspondant à 8 IDE (80%), 1 AS (10%), 1 AVS (10%) et aucune AD.

- «travailler dans le respect du patient et de sa famille»(3), «respect de l'entourage»(2), «respect des valeurs morales de l'entourage»(2), «respect de la personne aidée envers sa famille», «dans son milieu familial», «bon positionnement envers les proches», «aspect familial»



- **Les autres professionnels :**

La considération des autres professionnels intervenant auprès du patient était abordée par 4 personnes (3.2%), 2 IDE (50%), 1 AS (25%), 1 AVS (25%) et aucune AD.

- «respect des salariés», «bon positionnement envers les autres professionnels», «respect des confrères, des autres intervenants», «respect de l'équipe soignante»

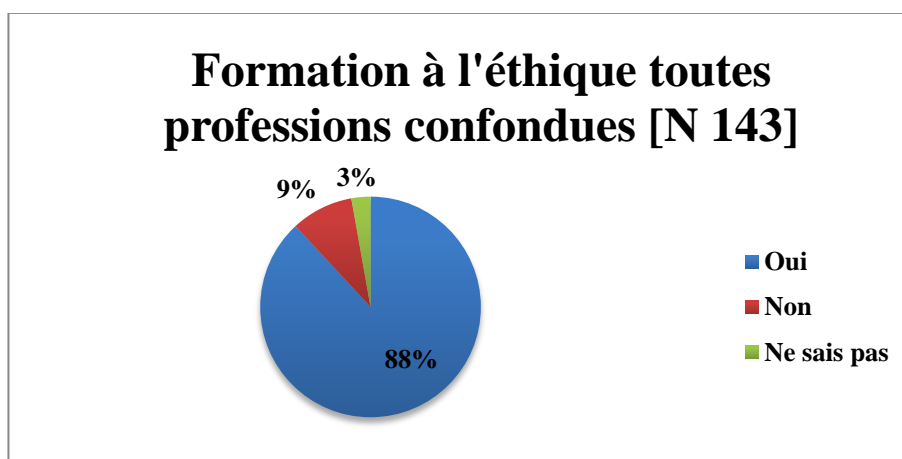
- **La fin de vie :**

Cette notion était citée 2 fois (1.6%) par 2 IDE.

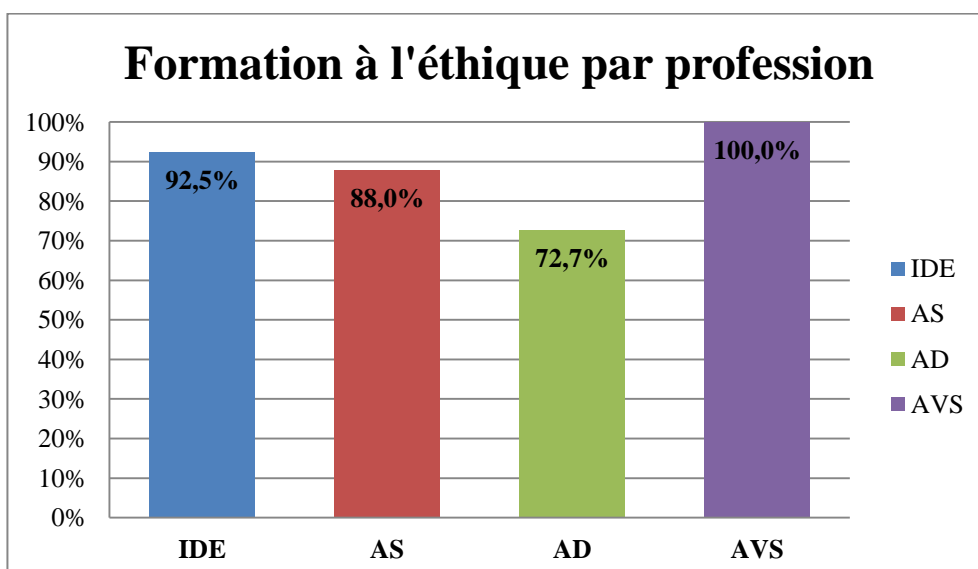
- «Fin de vie», «décision collégiale dans contexte de fin de vie»

2.4.2 Existence d'une formation à l'éthique

Le taux de réponse à cette question a été de 97.3% (143 questionnaires, 4 non réponses d'AD). 126 personnes (88.1%) considéraient avoir bénéficié d'une formation à l'éthique (formation initiale et continue confondues). 13 (9.1%) a contrario ont répondu « non » à cette question et 4 (2.8%) ont coché « ne sais pas ».



Par profession, les réponses « Oui » étaient les suivantes : pour les IDE 92.5%, pour les AS 88%, les AVS 100% et les AD 72.7%.



13 professionnels n'ont pas reçu de formation à l'éthique : 6 AD, 4 IDE, 3 AS.

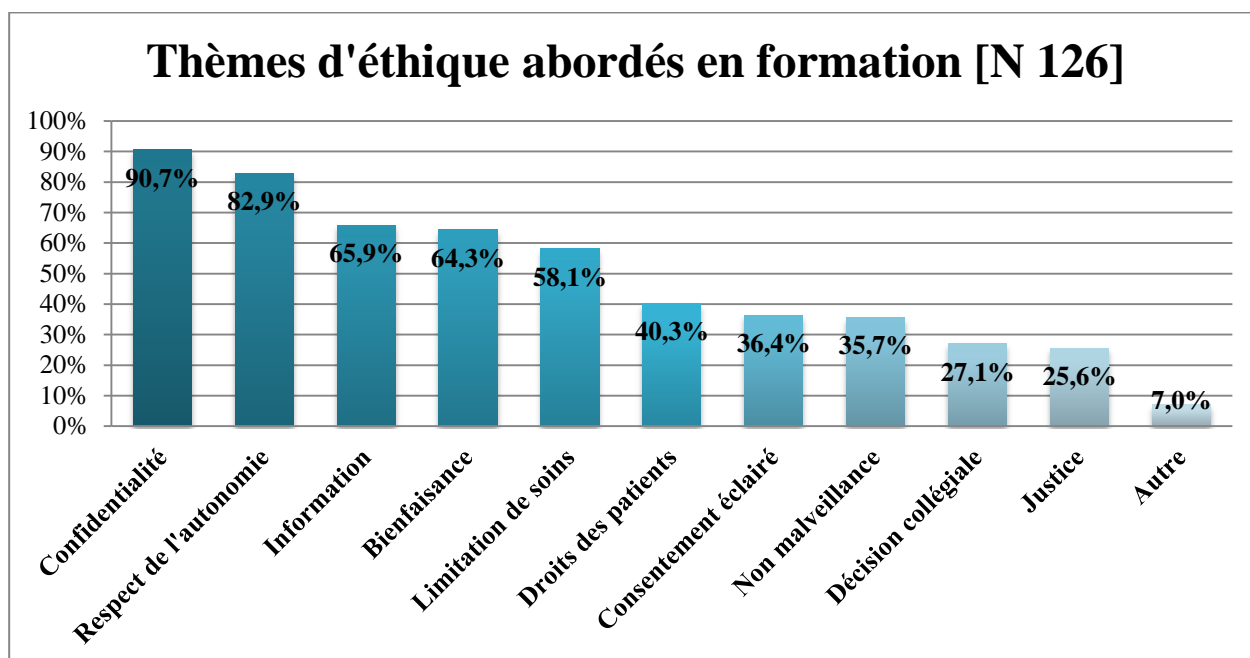
8 d'entre eux (61%) ont reçu une formation initiale. Ils étaient diplômés depuis en moyenne 20 ± 9.64 ans [7-30].

109 des 126 professionnels (87%) ayant reçu un enseignement à l'éthique ont suivi une formation initiale. Ils sont diplômés depuis en moyenne 13 ± 9.15 ans [1-35].

2.4.3 Thèmes d'éthique abordés en formation

Le taux de réponse à cette question a été de 100% (126 questionnaires).

Le graphique suivant présente les pourcentages de questionnaires dans lesquels chacun des thèmes proposés a été cité.



9 réponses « Autre » ont été comptabilisées. Les thèmes alors précisés étaient les suivants :

« le rapport à l'intimité de la personne traitée (toilette) », « la bientraitance » (citée à 2 reprises), « le refus de soin », « les limites de l'accompagnement » ; « vieillir en liberté » ; « risques d'abus, de maltraitance, de négligence » ; « étude de la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement » ; « prévenir et gérer l'agressivité », « directives anticipées » ; « secret professionnel et secret partagé », « la dignité ; la responsabilité », « respect des habitudes, des choix, du mode de vie du patient », « médicaments ».

Une des réponses était la suivante : « tout est abordé mais pas assez approfondi, des notions seulement nous sont transmises ».

Les thèmes les plus cités par profession étaient les suivants :

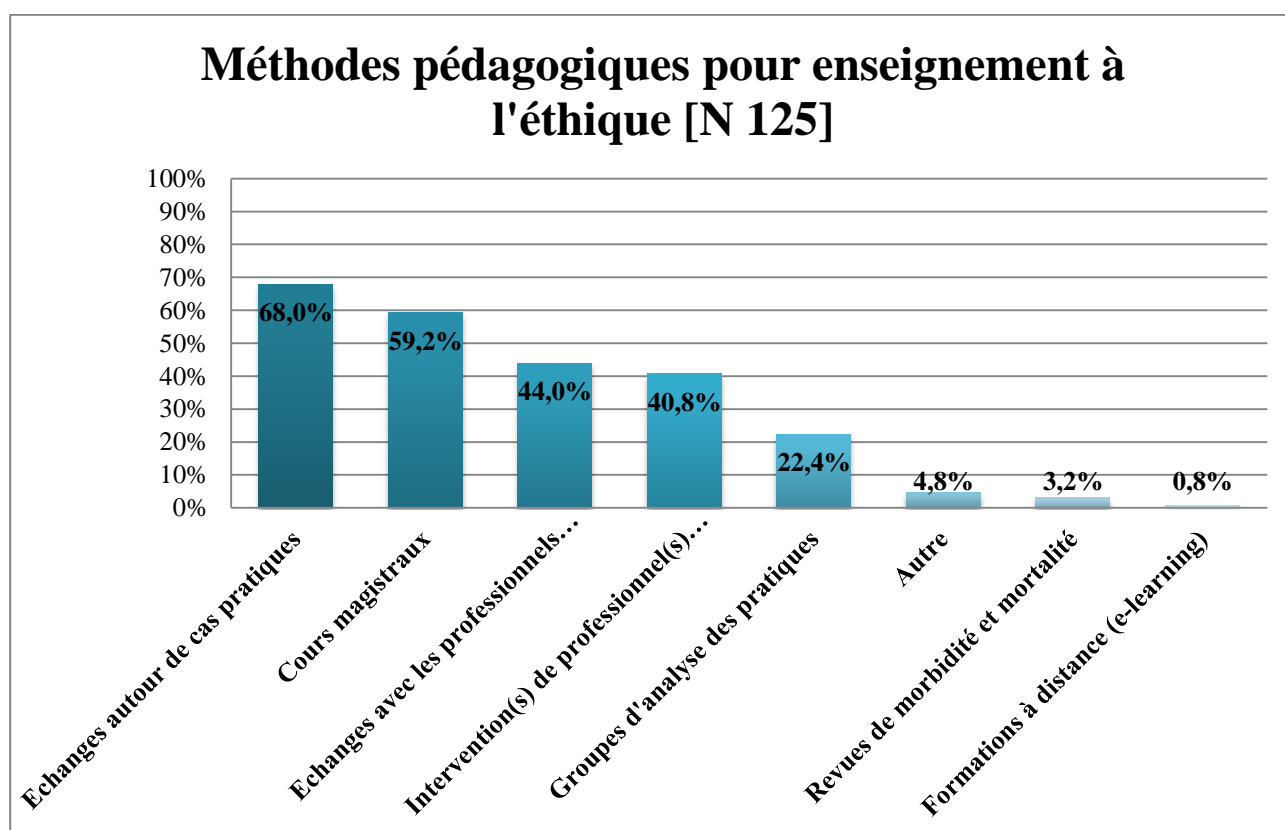
- **IDE** : la confidentialité (15.3%), l'information du patient (14.2%) et le respect de l'autonomie (12.9%).
- **AS** : le respect de l'autonomie (16%), la confidentialité (14.4%), la bienfaisance et la notion de limitation de soins (13.6%).
- **AVS** : le respect de l'autonomie (18.7%), la confidentialité (17.6%) et la bienfaisance (14.3%).
- **AD** : la confidentialité (26%), le respect de l'autonomie (22%) et la bienfaisance (20%).

2.4.4 Méthodes pédagogiques utilisées pour l'enseignement à l'éthique

Le taux de réponse à cette question a été de 99.2% (125 questionnaires).

Les principales méthodes citées étaient les suivantes : échanges autour de cas pratiques (85 répondants, 68%), cours magistraux (74 répondants, 59.2%), échanges avec les professionnels de terrain lors de stages (55 répondants, 44%). Le groupe d'analyse des pratiques a été coché par 28 personnes (22.4%), les revues de morbidité et mortalité par 4 personnes (3.2%) et la formation à distance (e-learning) par 1 personne (0.8%).

6 personnes (4.8%) ont rapporté d'autres modalités d'enseignement à savoir : « échanges entre formateurs et professionnels au cours de sessions de formation continue », « recherches personnelles dans le cadre de modules optionnels, dans le cadre du mémoire de DE », « formation continue avec groupes de professionnels », « formation interne », « sujets abordés lors de différents modules, pas de cours spécifiques mais sujets intégrés aux autres cours ».



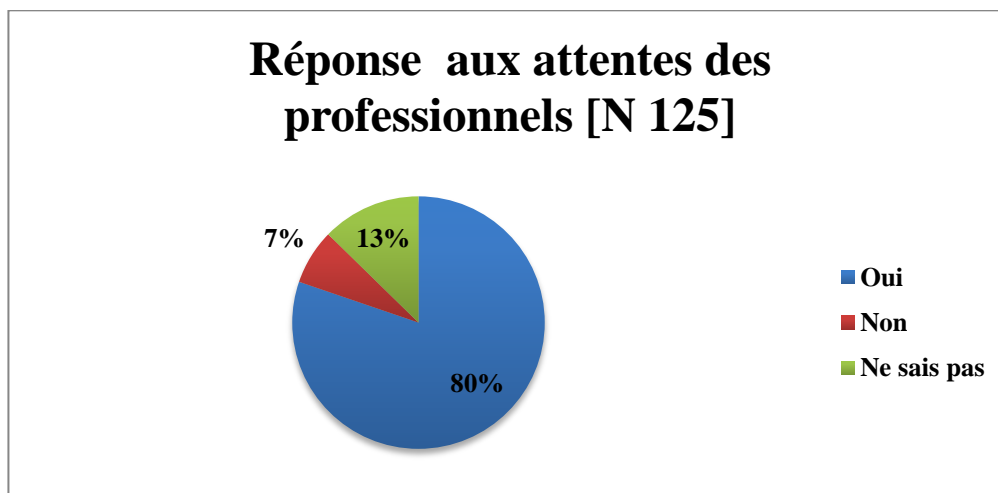
Les approches pédagogiques les plus citées par profession étaient les suivantes :

- **IDE** : cours magistraux (33.1%) et échanges autour de cas pratiques (23.6%).
- **AS** : échanges autour de cas pratiques (29.3%) et interventions de professionnels (27.6%).
- **AVS et AD** : échanges autour de cas pratiques (28.6% et 38.8%) et échanges avec les professionnels de terrain (22.4% et 24.5%).

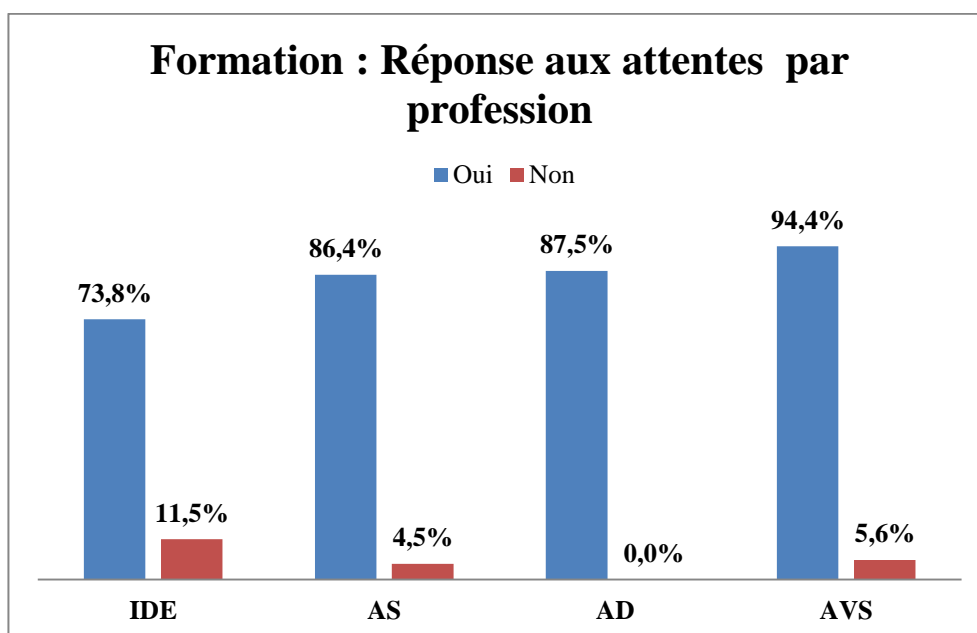
2.4.5 Réponse aux attentes des professionnels par leur formation à l'éthique

Le taux de réponse à cette question a été de 99.2% (125 questionnaires).

102 personnes (81.6%) considéraient que la formation en éthique qu'ils ont reçue a répondu à leurs attentes, à des questionnements en lien avec leur pratique quotidienne. 9 (7.2%) ont répondu « non » à cette question et 14 personnes (11.2%) ont coché « ne sais pas ».



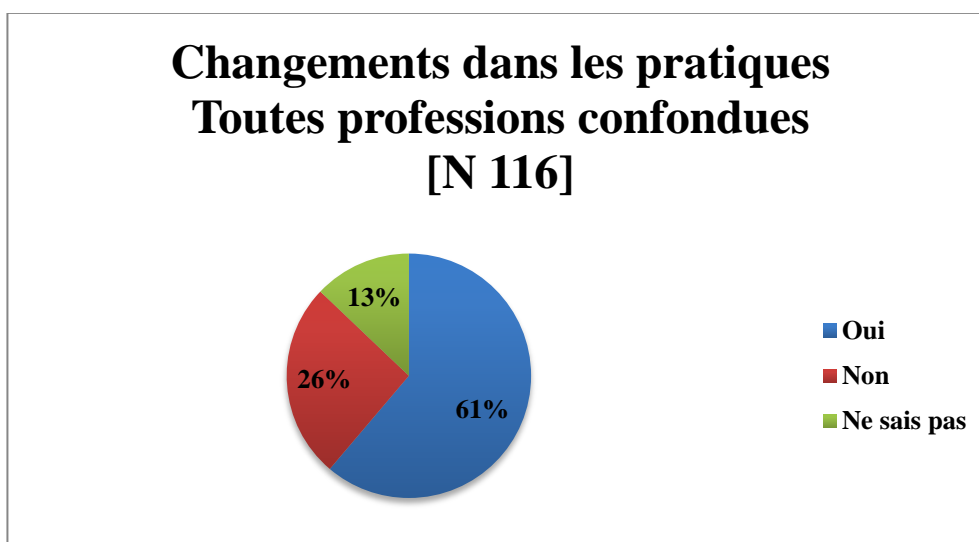
Le graphique suivant représente les réponses à cette question par professions :



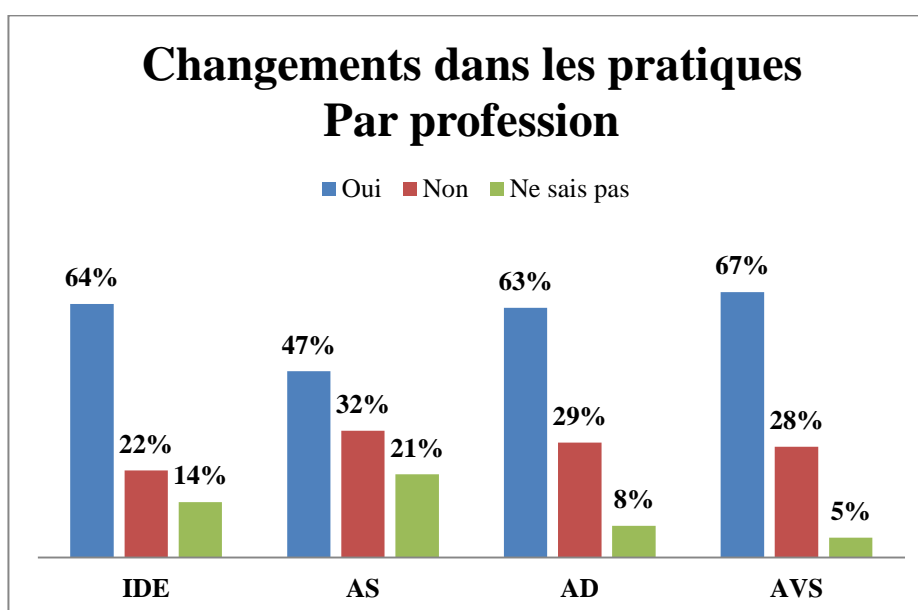
2.4.6 Changements dans les pratiques suite à la formation à l'éthique

Le taux de réponse à cette question a été de 92% (116 questionnaires).

71 personnes (61.2%) considéraient que la formation qu'elles ont reçue a entraîné des changements dans leurs pratiques, 30 personnes (25.9%) considéraient qu'aucun changement n'était intervenu. 15 personnes (12.9%) ont coché « ne sais pas ».



Le graphique suivant représente les réponses par profession :



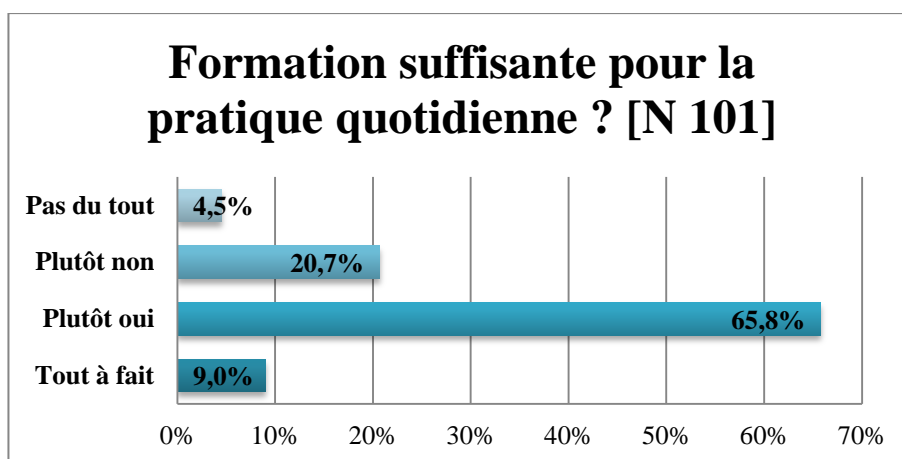
En cas de réponse positive, des précisions étaient demandées. 45 des 71 personnes ayant répondu « oui » ont apporté des précisions sur les changements de pratique induits par la formation.

- Dans 20 questionnaires était cité le fait de **replacer le patient au centre de la prise en charge**. A l'issue des formations reçues, les professionnels ont eu le sentiment **d'informer davantage** les patients, d'être plus attentifs à « leurs désirs, leurs attentes, leurs habitudes, leurs besoins, leurs valeurs », d'être « plus à leur écoute », de mieux **favoriser et respecter leur autonomie**. **L'obtention du consentement** du patient aux soins était plus recherchée. Les professionnels pensaient avoir amélioré **leurs capacités d'adaptation**.
- Dans 13 questionnaires étaient décrites des notions en lien avec **le questionnement, la réflexion**. Certains professionnels parlaient de « prise de recul, de distance », ils **échangeaient davantage en équipe, s'interrogeaient**, se questionnaient plus sur certaines prises en charge, tentaient d'analyser plus souvent les situations auxquelles ils étaient confrontés...
- Etait évoqué dans 5 questionnaires le **secret professionnel**. Les professionnels ont eu le sentiment d'être plus discrets, de davantage considérer la notion de confidentialité.
- 4 personnes abordaient la question de la **fin de vie et des soins palliatifs**.
- 4 professionnels parlaient de **l'aspect législatif** des prises en charge. Ils se disaient plus attentifs à la loi, au cadre législatif, ils respectaient davantage les droits des patients.
- Dans 3 questionnaires, il était évoqué **une meilleure connaissance des pathologies** dont souffrent les patients (troubles neurocognitifs cités 2 fois) permettant un meilleur accompagnement.
- Une personne a exprimé le fait qu'elle avait eu le sentiment **d'avoir appris à savoir refuser** des demandes non adaptées.

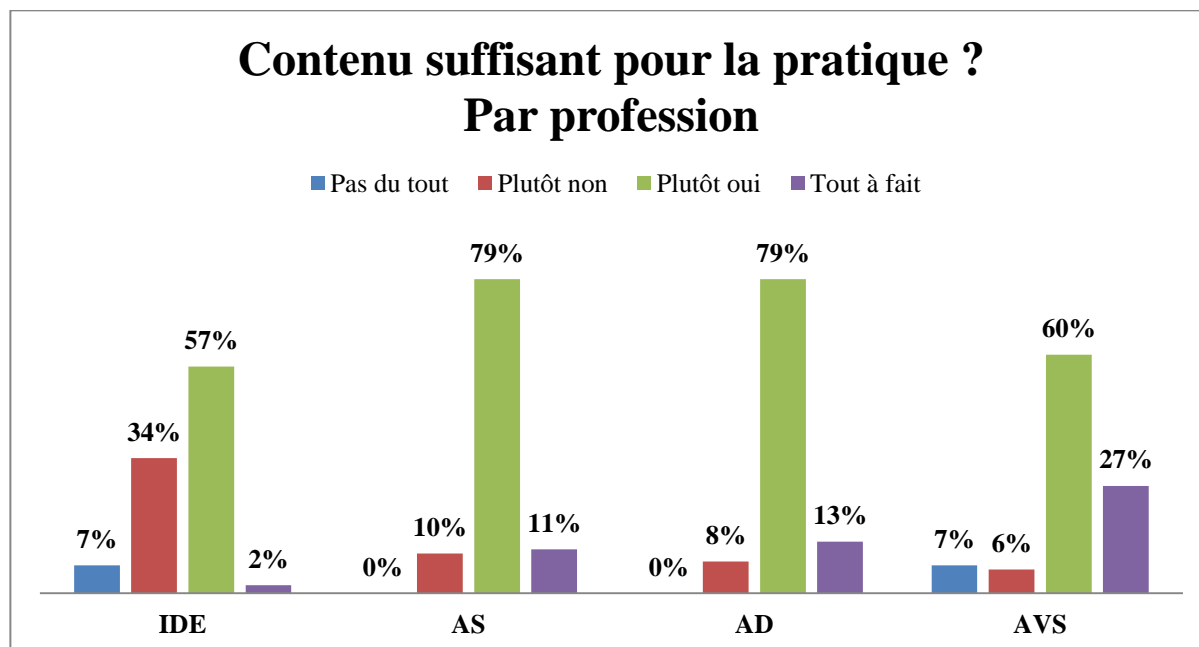
2.4.7 Formation suffisante pour faire face aux questions éthiques en pratique quotidienne ?

Le taux de réponse à cette question a été de 88% (101 questionnaires).

73 personnes (65.8%) ont répondu « plutôt oui », 23 personnes (20.7%) « plutôt non », 10 personnes (9%) ont répondu « tout à fait » et 5 personnes (4.5%) « pas du tout ».



Le graphique suivant représente les réponses par profession :



Nous avons demandé aux personnes ayant répondu à cette question de préciser leur réponse.

L'idée que l'enseignement théorique ne peut pas suffire et que bien souvent l'expérience permet de se former à l'éthique a été développée dans 12 questionnaires.

« des choses ne s'apprennent qu'avec l'expérience », « sujet développé sur le terrain », « la théorie ne peut pas tout expliquer », « formation sur le terrain », « c'est l'expérience qui nous forme », « cela s'acquiert avec la pratique et les années », « il faut se remettre en question continuellement, la théorie ne peut pas tout apporter »...

Certains professionnels estimaient que cela passe notamment par les échanges :

« les échanges avec les collaborateurs et l'entourage du patient sont une aide », « il faut approfondir des situations communes avec les autres professionnels », « importance de la notion de collégialité », « les cahiers de liaison et les transmissions avec les collègues nous aident », « il est surtout important d'en parler en équipe »...

Les professionnels qui avaient jugé la formation suffisante le justifiaient pour certains d'entre eux :

« les éléments abordés nous aident à appréhender certaines pathologies », « cela permet de s'améliorer en terme de communication », « de s'informer régulièrement sur les nouvelles lois », « on se pose plus de questions sur nos pratiques », « j'ai appris qu'il fallait intervenir selon les règles, les droits et les choix des personnes, respecter leur intimité », « de bonnes bases sont acquises », « bases communes de valeurs et de principes », « cela permet de se poser les bonnes questions seul ou en groupe »...

Ceux qui au contraire l'estimaient insuffisante apportaient ces précisions :

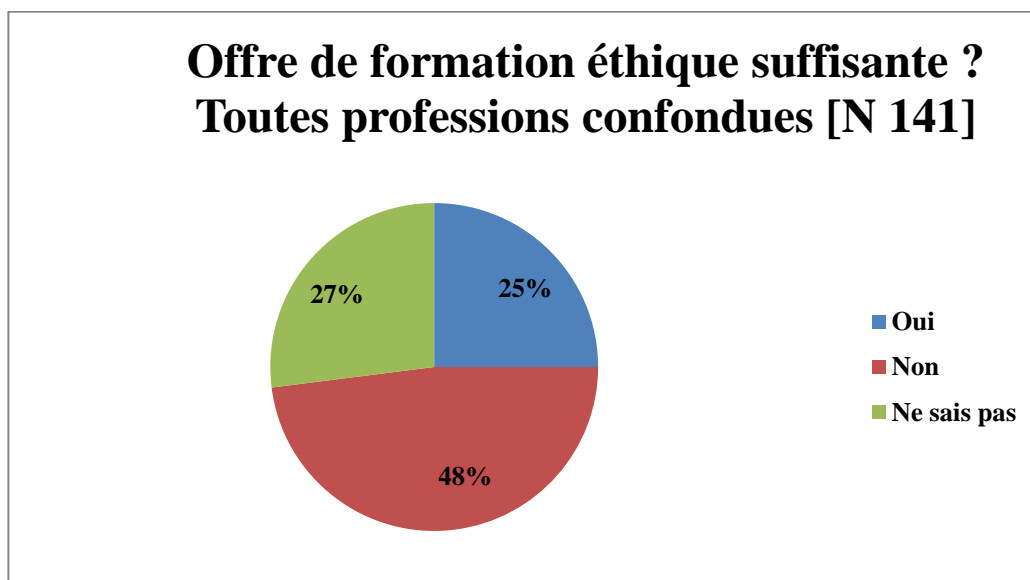
« les notions apprises ne sont pas toujours appliquées faute de temps », « nous ne sommes jamais assez formés », « nous ne sommes pas suffisamment formés concernant la protection des personnes, sur les procédures de signalement », « sujet vaste nécessitant plus d'heures de formation », « peu de formation », « tout est abordé mais trop succinctement », « simple survol de l'éthique », « plus d'approfondissement est nécessaire »...

Les précisions ont été apportées par 37 IDE, 3 AVS, 2 AD et 6 AS.

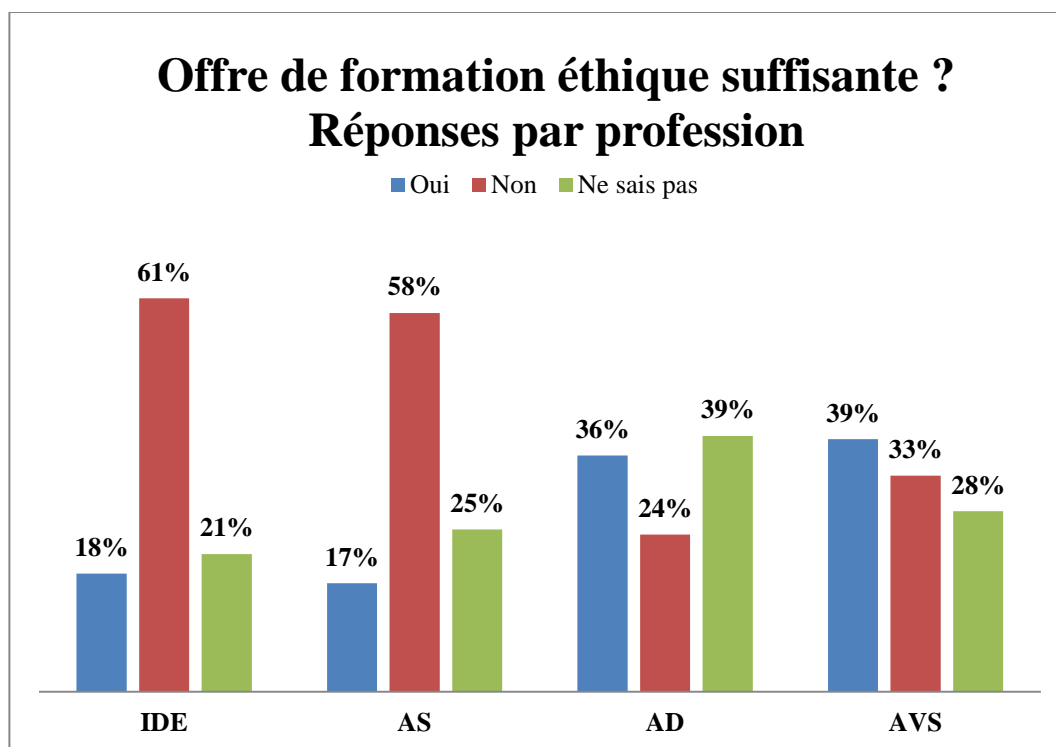
2.4.8 Offre en formation à l'éthique suffisante ?

Le taux de réponse à cette question a été de 95.9% (141 questionnaires).

68 personnes (48.2%) ont répondu « Non », 38 personnes (27%) « Ne sais pas » et 35 personnes (24.8%) « Oui ».



Le graphique suivant représente les réponses données par profession :



Les 15 IDE diplômés depuis moins de 10ans ont déclaré à 100% avoir reçu une formation à l'éthique et ont estimé à 66% que l'offre en termes de formation est insuffisante. 39 des IDE diplômés depuis plus de 10ans (80%) ont déclaré avoir reçu une formation à l'éthique et considéraient à 52% que l'offre en termes de formation sur ce thème était insuffisante.

2.4.9 Questions que les professionnels souhaiteraient aborder en formation

Le taux de réponse à cette question a été de 43.5% (64 questionnaires).

2 thèmes principaux ont été cités, chacun par 15 professionnels, il s'agissait de l'entourage du patient et de la fin de vie.

- **Concernant l'entourage**, il était question de formation à l'accompagnement des familles : « encadrement familial », « soutien des aidants », « encadrement famille-patient », « gestion de l'entourage », « reconnaissance des aidants » ; de gestion de la relation professionnels/famille, de la coordination avec la famille ; d' « éthique des aidants » et « d'éthique vis-à-vis de la famille » sans autres précisions ; de la « place de la famille » à 3 reprises ; du « partage d'information avec la famille » ; de la situation « d'absence familiale ».
- **Concernant la fin de vie**, l'expression « fin de vie à domicile » apparaissait à 7 reprises, la « notion de limitation de soins » à 2 reprises, « l'accompagnement en fin de vie » à 2 reprises, « quelles limites ? » dans ce contexte, la problématique de « valeurs non partagées entre les aidants » dans ce contexte, « soins de confort » et « euthanasie ».

La question du **travail collégial, en collaboration, en équipe** a été abordée dans 6 questionnaires, celle **des limites du maintien à domicile** dans 5. La problématique **du respect de la confidentialité** apparaissait dans 5 questionnaires, celle du **refus de soins** était citée à 3 reprises, celle de **l'application de la loi** à 2 reprises.

2 personnes souhaitaient que la formation soit **axée sur des cas concrets**. 2 autres évoquaient la problématique de **la gestion du temps à domicile** et 2 celle de la **gestion des émotions** notamment en cas de survenue d'un décès.

Dans 2 questionnaires, la réponse à cette question était « **tous les thèmes de la question 11** ».

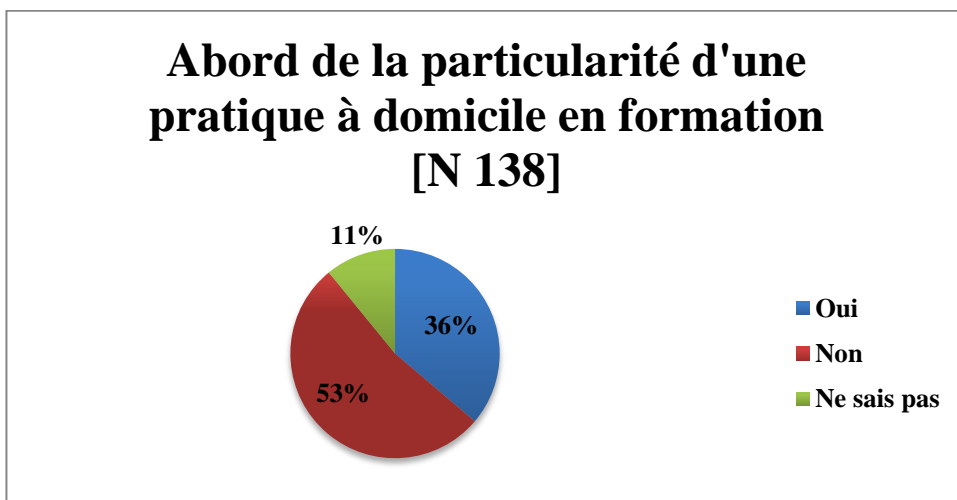
Les propositions suivantes ont par ailleurs été retrouvées : « gestion de **l'intimité** », « respect de l'intimité », « respect de la personne, de son intimité, de sa singularité, de ses préférences, de ses choix », « respect du lieu de vie », « **droits des patients** » à 2 reprises.

Les dilemmes éthiques suivants ont été cités : « notion de bienveillance qui ne va pas toujours avec la volonté des patients », « jusqu'où doit-on faire à la place de ? », « respect des choix des patients parfois à l'encontre des règles éthiques », « comment ne pas être trop intrusif ? ».

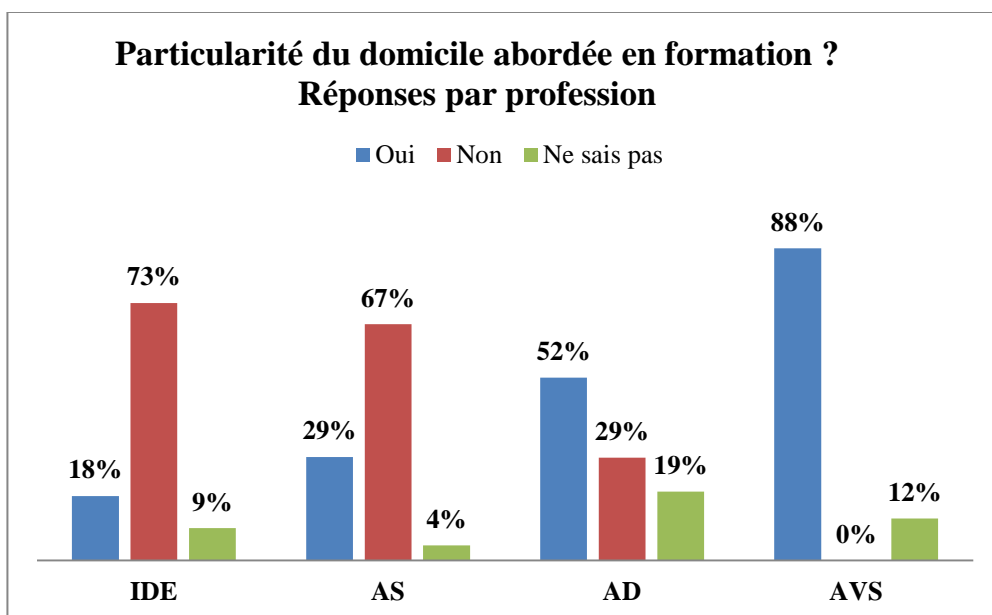
2.5. Abord de la particularité de la pratique à domicile en formation

Le taux de réponse à cette question a été de 93.9% (138 questionnaires).

73 personnes (52.9%) estimaient que la particularité du domicile n'avait pas été abordée au cours de leur formation, 50 personnes (36.2%) pensaient qu'elle l'était. 15 personnes (10.9%) ont coché « ne sais pas » à cette question.



Le graphique suivant représente les réponses à cette question par profession :



En cas de réponse positive, nous demandions aux professionnels de préciser au cours de quelle(s) formation(s) le domicile était abordé. Il y a eu 37 réponses (26.5%).

Le DEAVS était cité 9 fois (de manière plus précise, le module 9 de la formation était mentionné à une reprise), le DE infirmier était cité à 8 reprises (précisions données : cours magistraux, stages à domicile, module personne âgée), le diplôme d'assistant de vie aux familles 4 fois, le DE d'aide-soignant 3 fois (précision : stages à domicile). Les diplômes suivants ont été cités une fois : le CAFAD, le diplôme d'aide médico-psychologique, le baccalauréat professionnel « Accompagnement, Soins et Services à la Personne » et le baccalauréat sciences médico-sociales.

Ont été également cités : les formations spécifiques aux IDE à domicile, le DIU plaies et cicatrisation, les formations « Fin de vie et prise en charge de la douleur », « Humanitude », « Relation soignant-soigné », « Prendre soin de la personne âgée en fin de vie », « Bienveillance » (citée 2 fois), « Bienfaisance » (citée 2 fois), « Alimentation », « La nutrition, gestes et postures », « Ergothérapie et ergonomie ». La conférence menée par Jean Maisondieu « La bienveillance des soignants à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer » a été citée à une reprise.

2.6. Synthèse des résultats

L'objectif de l'enquête était de recueillir les perceptions des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées sur leur formation à l'éthique.

147 professionnels ont répondu au questionnaire, **en grande majorité des femmes** (89%) avec une moyenne d'âge de **42ans**. Ils travaillaient à domicile depuis **moins de 10ans** (2 sur 3) le plus souvent en emploi salarié, et détenaient **dans 81% des cas un diplôme professionnel**. 47% des professionnels du groupe AD/AVS détenaient un diplôme professionnel.

85.7% proposaient une définition du terme « Ethique » (70% dans le groupe AD/AVS) en faisant référence pour une majorité d'entre eux au **respect du patient** dans sa singularité, dans ses choix. 88% **considéraient avoir bénéficié d'une formation à l'éthique** (82% des AD/AVS), le plus souvent sous la forme d'échanges autour de cas pratiques ou de cours magistraux. Parmi les thèmes abordés, les professionnels citaient le plus souvent **la confidentialité, le respect de l'autonomie**.

La formation reçue **répondait** globalement **aux attentes des professionnels** (82% pour l'ensemble des répondants et 90% des AD/AVS) et pour 75 % d'entre eux (90% des AD/AVS) elle était **suffisante pour faire face aux questions éthiques dans la pratique** quotidienne. Cependant pour la moitié des répondants **l'offre de formation était insuffisante** (27% des AD/AVS) et ils proposaient des thèmes à aborder comme la **prise en charge en fin de vie, l'accompagnement de l'entourage**, la coordination des professionnels.

L'impact de la formation sur les pratiques était plutôt positif et concernait 61% des professionnels avec un **meilleur respect du patient** dans son autonomie, ses choix et décisions, ses besoins, mais aussi **une prise de recul et d'avantage de questionnement des pratiques**.

Partie III :

DISCUSSION

Notre hypothèse de recherche était que les aides à domicile, du fait de leur faible niveau de qualification, ne sont que peu voire non formées à l'éthique. Cette hypothèse n'est donc pas confirmée.

Les AD et AVS considéraient en effet en grande majorité avoir bénéficié d'une formation à l'éthique alors que plus de la moitié d'entre eux n'avait pas suivi de formation initiale et ne possédait aucun diplôme professionnalisant. On peut alors supposer que la formation continue pour ces professionnels offre un enseignement conséquent dans ce domaine. Le DEAVS semble être un gage de meilleure formation sur ce sujet puisque la totalité des AVS estimaient y être formés ce qui n'est pas le cas des AD.

Les AD et les AVS considéraient également majoritairement l'offre en termes de formation à l'éthique suffisante à l'inverse des IDE s'estimant les plus formées à l'éthique qui considéraient cette offre insuffisante. On peut penser que la formation amènerait les professionnels à se poser davantage de questions sur leurs pratiques ce qui se traduirait par un besoin encore accru en formation et qu'à l'inverse un enseignement moins poussé à l'éthique induirait un moindre questionnement et un moindre besoin de formation.

Ceci ramène à la question soulevée par certains professionnels de savoir si l'éthique peut s'enseigner. Il s'agit d'une problématique qui a été abordée par Christelle Bertholet Sini dans sa thèse déjà citée dans ce travail. Certains éléments de sa bibliographie appartenant au domaine de la philosophie aident à réfléchir sur cette question.

Dans son ouvrage *Fondements philosophiques de l'éthique médicale* paru en 1996, Suzanne Rameix écrit : « l'éthique n'est ni une science, ni un système institutionnel de règles, ni un savoir-faire. La philosophie depuis Socrate, a toujours affirmé l'impossibilité de l'enseigner. Pourtant, nous devons supposer qu'elle est l'objet d'un savoir et qu'un travail rationnel sur ce que l'on doit faire est, à la fois, possible et nécessaire.⁹⁰ »

Selon Christelle Bertholet Sini, « la capacité des prises de décisions éthiques des infirmières peut être renforcée par l'enseignement de l'éthique. [...] Différentes recherches ont démontré le rôle de la formation dans le développement du jugement éthique et particulièrement l'importance d'être confronté et de résoudre des dilemmes éthiques.⁹¹ »

La simulation en santé est une modalité d'enseignement qui peut trouver ici sa place. Elle se développe de plus en plus⁹². Par des jeux de rôles, par exemple, les étudiants seraient amenés à

développer une réflexion éthique autour d'un scénario se rapprochant de situations réelles avant d'être confrontés aux réalités du terrain.

Malgré le fait que cette catégorie professionnelle des AD et des AVS déclarait être formée à l'éthique, elle est celle pour laquelle le moins de réponses ont été obtenues à la question de la définition de ce terme (à noter que les personnes titulaires du DEAVS ont d'avantage répondu que les autres). Les réponses données par les AD et les AVS pour cette définition du terme Ethique étaient homogènes et se rapprochaient de notions développées dans la charte « *Ethique et relations de soin au domicile* » proposée par l'Espace de réflexion éthique de la région Ile-de-France⁹³. Il s'agissait du respect de la personne accompagnée, de ses choix, de son environnement, de l'importance du non jugement mentionnés ainsi dans la charte : « reconnaissance de la personne », « respect de la personne dans son lieu de vie », « la personne ne saurait faire l'objet de jugements moraux ».

Les professionnels parlaient à de nombreuses reprises de discrétion et de confidentialité ce qui est également abordé dans cette charte : « le respect du secret ainsi qu'une discrétion absolue s'imposent aux intervenants ». On peut se demander si du fait de leur mission professionnelle et de leurs modalités d'intervention, les aides à domicile ne sont pas plus en difficulté face à ce principe de confidentialité que le personnel soignant. Il y a en effet parfois une « extension des domaines de la relation au-delà des simples tâches ménagères, et souvent en dehors de ce qui est autorisé par le règlement »⁹⁴. Vincent Caradec, Professeur en sociologie à l'université de Lille, spécialiste des questions de vieillissement, parle de la construction d'une relation par familiarisation⁹⁵. L'aide à domicile devient parfois plus qu'une employée et peut jouer le rôle d'amie, de confidente. Dans les questionnaires, l'une des réponses données par une AD concernant les sujets à aborder en formation était : « quelle distance mettre ? ». Ceci traduit bien ce phénomène de familiarisation. Gérer l'information dans un cadre professionnel strict s'avère alors peut être complexe ? L'action professionnelle se joue dans un territoire géographique donné, les différents bénéficiaires ont de ce fait, dans un certain nombre de cas, des liens les uns avec les autres, familiaux, plus ou moins amicaux... Ceci ajoute une difficulté à la gestion de cette information et sa détention demande probablement une attention renforcée afin de ne pas enfreindre le principe de confidentialité. Ceci doit être parfois délicat à assumer.

Par ailleurs, il semble important de préciser que la notion de réflexion éthique n'était que très peu retrouvée dans les réponses données par cette même catégorie professionnelle.

Ceci peut probablement s'expliquer en partie par les différences de « cultures professionnelles », les IDE sont formés principalement en milieu hospitalier où le travail en équipe est la règle. La dimension de réflexion éthique est également bien plus présente dans leur programme de formation que dans ceux des autres professions.

La notion de réflexion dans le cadre de cette intervention professionnelle au domicile des personnes âgées semble pourtant essentielle pour les raisons citées dans la première partie de ce travail. Peut-on avoir une idée de « ce qui est estimé bon », tel que Paul Ricœur définit l'éthique⁹⁶, sans processus de questionnement, de réflexion ?

Les aides à domicile sont confrontés à des dilemmes éthiques au même titre que les professionnels du domaine sanitaire sans peut être les identifier ainsi ou sans en prendre toujours conscience ? Ceci se manifeste notamment, peut-être, par une forme d'inconfort et de difficulté dans les prises de certaines décisions. Dans les questionnaires, deux d'entre elles exprimaient d'ailleurs un besoin de formation à propos des limites du maintien à domicile. Ceci sous-tend des difficultés certaines dans les pratiques qui ne sont malheureusement que peu exprimées dans les données recueillies.

Il est enfin intéressant de souligner que les AD et les AVS étaient d'avantage formés aux particularités de la pratique à domicile que les professionnels soignants ce qui semble être logique puisqu'ils n'exercent qu'à domicile. Quelles compétences spécifiques sont alors acquises ? Sont-elles une aide dans la gestion des problématiques éthiques spécifiques à ce lieu d'activité professionnelle ?

On atteint les limites de ce travail exploratoire basé sur un questionnaire. Il paraît indispensable d'approfondir la recherche de manière qualitative par des entretiens semi-directifs croisés auprès des professionnels, des personnes accompagnées et de leur entourage. Cette modalité de recueil d'information permettrait d'analyser avec plus de précisions ce que les professionnels entendent par éthique, de chercher à comprendre comment l'éthique est mise en œuvre dans la pratique et comment cela est perçu par les sujets âgés et l'entourage informel. Une étude par immersion serait très informative mais ceci semble difficile à envisager de manière concrète.

Il existe plusieurs limites à cette étude. La principale est la modalité de recueil des données par questionnaire qui ne permet pas d'obtenir des informations toujours précises, ni un taux de réponse optimal (difficultés de traduction des pensées par écrit par exemple notamment sur ce thème qui peut peut-être sembler « abstrait »).

La diffusion des questionnaires s'est faite de manière non homogène puisque dans certaines situations les professionnels ont directement été contactés et un échange au sujet du travail et du questionnaire a pu avoir lieu. Dans d'autres cas (SPASAD, SSIAD, Services d'aide à domicile), la diffusion a été faite par les responsables d'équipe et la manière précise dont elle a été menée nous est inconnue. Ceci représente un biais de recrutement.

Par ailleurs, on peut supposer que les professionnels qui ont accepté de répondre à l'enquête étaient des personnes peut être plus sensibles ou sensibilisées (par la dispense de formation justement) à ce thème. Le fait que l'inclusion soit basée sur le volontariat représente un biais qu'il semble également important de spécifier.

L'analyse lexicale qui a été effectuée concernant les réponses aux questions ouvertes est discutable car elle n'est pas parfaitement reproductible. Une forme d'interprétation a été nécessaire afin de pouvoir classer certaines réponses. Nous avons cherché à respecter au mieux les termes employés par les répondants, la transcription a été la plus fidèle possible.

Le calcul du taux de réponse est approximatif car il n'a pas été possible pour tous les responsables d'équipe de nous préciser le nombre d'employés sollicités pour participer à l'enquête. Dans ces situations, le nombre total d'employés exerçant dans la structure a été considéré pour le calcul du taux de réponse. Le taux de réponse est donc possiblement sous-estimé.

Le mode de traitement des données (question par question) a eu pour conséquence la perte de « l'esprit » retrouvé dans certains questionnaires. Il existait en effet une forme de cheminement et de précision de la pensée dans le déroulement des réponses de certains professionnels.

CONCLUSION

L'accompagnement des personnes âgées par des professionnels permettant leur maintien à domicile va être amené à se développer dans les années à venir étant donnée la mutation démographique à laquelle nous assistons. Il s'agit là d'un enjeu sociétal majeur au cœur duquel s'intègre la pratique des aides à domicile, acteurs clés de ce maintien à domicile. Aucun diplôme n'est à ce jour exigé pour la pratique de ce métier et les niveaux de formation ne sont pas homogènes. Il semble pourtant essentiel que les professionnels possèdent un socle de connaissances commun et aient un bagage suffisant pour pouvoir remettre en question leurs pratiques face aux nombreux enjeux éthiques inhérents à cette situation d'intervention professionnelle au cœur de l'intimité des séniors.

Cette étude exploratoire par questionnaire montre que les aides à domicile et les auxiliaires de vie sociale intervenant à domicile auprès des personnes âgées ont des connaissances concernant l'éthique et considèrent y être formés. Ils jugent que l'offre en termes de formation sur ce sujet est suffisante contrairement aux IDE qui ont dans leur formation initiale un enseignement relativement conséquent sur ce thème et notamment sur la dimension de réflexion éthique et qui sont pourtant demandeurs de plus de formation. La notion de questionnement éthique n'est que peu abordée par les aides à domiciles, ceci témoigne probablement de la nécessité d'une formation plus approfondie. La simulation pourrait être une modalité d'enseignement adaptée car se prêtant bien au développement des capacités de questionnement et de réflexion.

Bien qu'elle n'ait pu être explorée dans ce travail de recherche la dimension de réflexion éthique existe probablement sur le terrain. Comment est menée cette réflexion ? Est-elle formalisée ? Est-elle collégiale entre les divers intervenants professionnels ? Comment y sont intégrés la personne aidée et son entourage ?

Autant de questions qui justifient une poursuite de la recherche selon des modalités de recueil d'informations qualitatives auprès des acteurs de terrain.

BIBLIOGRAPHIE

¹Insee. Bilan démographique 2016 : Population totale par sexe et par âge [en ligne]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143?sommaire=1912926>

² Insee. Bilan démographique 2016 : Espérance de vie à divers âges et taux de mortalité infantile, France [en ligne]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554599?sommaire=1912926>

³Insee. Projections de population à l'horizon 2070 [en ligne].2016 nov. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>

⁴Organisation Mondiale de la Santé. Soixante-neuvième assemblée mondiale de la santé. Point 13.4 de l'ordre du jour provisoire. Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé [en ligne]. 2016 Avr. Disponible : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-fr.pdf

⁵Iglesias Gomez M. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles et polypathologiques. Livre blanc « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles ». 2011:4

⁶Commission Européenne, Comité des Régions, AGE Platform Europe. Brochure « Comment promouvoir le vieillissement actif en Europe-Soutien de l'Union européenne aux acteurs locaux et régionaux »[en ligne].2011 Sept:9. Disponible : http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/brochure_activeageing_fr.pdf

⁷Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986 :1.

⁸*Ibid.*, p3

⁹Bouvier G, Lincot L, Rebiscoul C. Vivre à domicile ou en institution : effet d'âge, de santé mais aussi d'entourage familial [en ligne]. France, portrait social. Paris :Insee;2011. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373893?sommaire=1373905>

¹⁰Dufour Kippelen S, Mesrine A. Handicaps, incapacités, dépendance. Revue française des affaires sociales. 2003 Jan:123-148.

¹¹Somme D. Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement. Dossiers solidarité et santé. 2003Jan-Mar;(1):37-38.

¹²Institut français d'opinion publique, Fondation PFG. Fin d'un tabou ! La mort, la fin de vie, le deuil, ma mort, ça concerne et intéresse les Français.[en ligne]. 2010:7. Disponible : http://www.ifop.fr/media/poll/1283-1-study_file.pdf

¹³Mahler M, Sarvimaki A, Clancy, Stenbock-Hult B, Simonsen N, Liveng A et al. A. Home as a health promotion setting for older adults. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014;42(suppl 15):36-40

¹⁴De Montalembert M, Laroque M. Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale. *Vie sociale*. 2016 Mar;(15);8.

¹⁵Ennuyer B. Les politiques publiques du maintien à domicile : 1962-2013. Repenser le maintien à domicile. 2nd ed.Paris :Dunod ;2014. p.45.

¹⁶VIème Plan de développement économique et social [en ligne] p91. Disponible : <http://www.strategie.gouv.fr/actualites/sixieme-plan-de-developpement-economique-social>

¹⁷Ennuyer B. *ibid*, p.56

¹⁸*Ibid*, p. 53-58

¹⁹Ennuyer B. 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». *Nouvelles problématiques du vieillissement. Gérontologie et société*. 2007 avr ;30 (123) :153-167.

²⁰Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Plan solidarité-Grand âge. [en ligne]. 2006 Juin:7-9. Disponible : http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf

²¹Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Secrétariat d'Etat chargé des aînés. Rapport « Vivre chez soi. Autonomie, inclusion et projet de vie ». [en ligne]2010 Juin:5. Disponible : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Vivre_chez_soi.pdf

²²Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Secrétariat d'Etat chargé de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie. Dossier Presse « Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ».[en ligne] 2016 Jan:7-9. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf

²³Rapport « Vivre chez soi-Autonomie, inclusion et projet de vie », *Ibid.*, p24.

²⁴Godet M, Mousli M. Fiche technique n°9. Le logement, une question à triple détente : individuelle, familiale et de société. *Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030*. Paris, La documentation française, 2006. p.128.

²⁵Catherin Quivet A. Evolution de la population âgée en institution et politiques mises en œuvre (1962-2004). *Les populations vulnérables. Annales de démographie historique*. 2005 fev;(110):185-219

²⁶Cour des comptes. Synthèse du rapport public thématique « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie-Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler »[en ligne].2016 Juil. Disponible : <http://www.reseaux-gerontologiques.fr/wp-content/uploads/20160712-synthese-maintien-domicile-personnes-agees1.pdf>

²⁷Trevidy F, D'Ivernois JF, Gagnayre R, Mourad JJ. Identité-logement et gestion du risque de chute chez les personnes âgées. *Le sujet dans la cité*. 2011 Jan;(2):111.

²⁸Djaoui E. Le maintien à domicile. In : Ennuyer B. *Repenser le maintien à domicile*. 2nd ed. Paris : Dunod ;2014.p17.

²⁹Casagrande A. Intervention à domicile et éthique de la discussion : Peut-on rationaliser une présence ? *VST – Vie sociale et traitements*. 2016 Jan;(129):83.

³⁰*Ibid.*, p83.

³¹Laroque G. Ma maison, c'est mon château. *Gérontologie et société*. 2011;34(136):9.

³²Ennuyer B. *Ibid*, p17.

³³*Ibid*

³⁴Zielinski A. Etre chez soi, être soi. *Domicile et identité. Etudes*. 2015 Juin : 58.

³⁵*Ibid*, p57.

³⁶Laroque G, *ibid*, p9.

³⁷Ennuyer B. *Ibid*, p42.

³⁸Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance. [en ligne]. 2004 Mai:9. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/DSI_Rap.pdf4

³⁹ Collège national des enseignants de gériatrie. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. In : *Les référentiels des collèges. Gériatrie*.3^{ème} ed. Paris :Elsevier Masson ;2014.p196-197.

⁴⁰ *Ibid*, p.197-198

⁴¹ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le GEVA, évaluer les besoins de compensation. *Les cahiers pédagogiques de la CNSA*[en ligne].2012 sept. Disponible : http://www.cnsa.fr/documentation/cahierpedagogique_geva_interieur-mai-2015-complet.pdf

⁴² Cerase Feurra V. Le resident assesment instrument : un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée. *Gérontologie et société*. 2001 Avr ;24(99) :161-177.

⁴³Service public.fr. Qu'est-ce que la grille AGGIR ?[en ligne]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

⁴⁴Rapport du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, présidé par Alain Colvez. 2003 Jan.

⁴⁵Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête « Vie Quotidienne et Santé 2014-Résultats départementaux »[en ligne]. Disponible : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/061016.pdf>

⁴⁶Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Le répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière : Auxiliaire de vie sociale [en ligne]. Disponible : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=212> (consulté le 10/01/17)

⁴⁷Marquier R. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Rapport de l'Enquête « Les intervenants au domicile des personnes fragilisées en 2008 ». Etudes et résultats.[en ligne]. 2010 Juin;(728):2. Disponible : http://www.anjourdomicile.fr/media/drees_juin_2010_les_intervenantes_au_domicile_des_personnes_fragilisees_en_2008_009947800_1346_20072010.pdf

⁴⁸Ennuyer B. *Ibid*, p175.

⁴⁹Rapport de l'Enquête « Les intervenants au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *ibid.*, p1.

⁵⁰Rapport de l'Enquête « Les intervenants au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *ibid.*,p2-3.

⁵¹Avril C. Aide à domicile pour personne âgée : un emploi-refuge [en ligne] p2. Disponible : <http://www2.univ-paris8.fr/sociologie/fichiers/avril2006a.pdf>

⁵²Avril C. Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire. Le mouvement social. 2006 Juil-Sept;(216):95

⁵³Ennuyer B. *Ibid*, p34.

⁵⁴Djouai E. Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime. Dialogue. 2011 Fév;(192) :8

⁵⁵Zielinski A, *Ibid.*, p58

⁵⁶Leduc F, Delcourt JB. Aider, soigner, accompagner les personnes à domicile-Un éclairage sur l'intime. Gérontologie et société. 2007 Mar;(122):149.

⁵⁷Djaoui E. L'intervention : entre restauration, étayage et effraction de l'espace intime. Intervenir au domicile. Rennes, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2014. p.222.

⁵⁸Amyot JJ, Villez A. Analyse des pratiques : réalités et perspectives. Laisser prendre des risques. In : Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques. Paris, Dunod, 2001. p.115.

⁵⁹Fiat E. Face à l'impasse : le recours à l'éthique. In : Pandelé S. Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Paris, Seli Arslan, 2009.p. 85-86.

⁶⁰Amyot JJ. Vieillesse, contrôle social et idéologie sécuritaire-Entre autonomie et dépendance. Vie sociale. 2012 Jan;(1):133.

⁶¹Amyot JJ, Villez A, *idib.*, p112.

⁶²Amyot JJ, *ibid.*, p132.

⁶³Amyot JJ, Villez A, *idib.*, Analyse des pratiques : réalités et perspectives. Consentement et liberté. p141.

⁶⁴Lislerud Smebye K, Kirkevold M, Engedal K. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. BMC health services research.[en ligne] 2016;(16):21. Disponible : http://download.springer.com/static/pdf/283/art%253A10.1186%252Fs12913-015-1217-1.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12913-015-1217-1&token2=exp=1497793517~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F283%2Fart%25253A10.1186%25252Fs12913-015-1217-1.pdf*~hmac=41ccb5acd92170c793deed6c42554bb35fa342e0717d53bd5b7fea05c5861a15

⁶⁵Ennuyer B. *Ibid*, p191.

⁶⁶Amyot JJ, Villez A, *idib.*, Analyse des pratiques : réalités et perspectives. Rétablir les droits. p91.

⁶⁷Hosking AS. L'alibi affectif de l'aide à domicile. Le sociographe. 2011 Mar ;(36):56.

⁶⁸Amyot JJ, Villez A, *idib.*, Analyse des pratiques : réalités et perspectives. Laisser prendre des risques. p120.

⁶⁹Bertholet Sini C. Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers. Rôle de la formation initiale et de l'expérience professionnelle.[Thèse de Doctorat d'Université, Sciences de l'Éducation]. Nantes :UFR de Lettres et de Sciences Humaines ; 2000 Sept.

⁷⁰*Ibid*, p 132.

⁷¹*Ibid*

⁷²Clément J. Infirmiers.com [en ligne]. c2009[mis à jour le 27 mars 2014]. Disponible : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsil/la-formation-en-ifsil/formation-infirmiere-nouveau-programme.html>

⁷³*Ibid*

⁷⁴*Idib*

⁷⁵Charre P. La construction et la reconnaissance de l'identité professionnelle Aide-Soignante : levier de collaboration des Directions des Soins Gestion et Formation. [Mémoire pour titre de Directeur des Soins]. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. [en ligne]. 2012:7-8. Disponible : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/ds/charre.pdf>

⁷⁶*Ibid*, p10.

⁷⁷Annexe I du décret du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant [en ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>

⁷⁸Rapport de l'Enquête « Les intervenants au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *ibid.*,p3.

⁷⁹Dudouet G, Rebel A, Pierre E. Les métiers du travail social : aider et accompagner. Les métiers du grand âge. Levallois-Perret, Groupe Studyrama-Vocatis, 2011. p.35.

⁸⁰Degenaeers G. Le métier d'AVS : historique. Auxiliaire de vie sociale. Rueil-Malmaison, Editions ASH, 2012.p.32.

⁸¹*Ibid.*, p42.

⁸²*Ibid.*, p75.

⁸³*Ibid.*, p76.

⁸⁴*Ibid.*, p79-81.

⁸⁵Article 8 de l'arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Accompagnant éducatif et social [en ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031941478&categorieLien=cid>

⁸⁶Regat S, Barthélémy L, Hamel E. Etat des lieux des formations continues pour les aides à domicile dans le champ de la protection de l'autonomie des personnes âgées. Evolutions. 2012 Oct;(27):5.[en ligne]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1424.pdf>

⁸⁷*Ibid.*,p.1.

⁸⁸Gilibert D, Gillet I. Revue des modèles en évaluation de formation : approches conceptuelles individuelles et sociales. Pratiques psychologiques. 2010 ;(16) :217-238.

⁸⁹Bates R. A critical analysis of evaluation practice : the Kirkpatrick model and the principle of beneficence. Evaluation and program planning. 2004;(27):341-347.

⁹⁰Bertholet Sini C, *ibid.*, p 126.

⁹¹Bertholet Sini C, *ibid.*, p 127-129.

⁹²Haute Autorité de Santé. Rapport de mission. Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu et de la prévention des risques associés aux soins.[en ligne] 2012 Jan. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

⁹³ Charte Ethique et relations de soin au domicile. Espace de réflexion éthique région Ile-de-France. 2016 :p.15-23.

⁹⁴Caradec V. L'aide-ménagère : une employée ou une amie ? In : Kaufmann JC. Faire ou faire-faire ? [en ligne]. Rennes : Presses universitaires de Rennes ;1995 :p 155-167. Disponible : <http://books.openedition.org/pur/23831#authors>

⁹⁵*Ibid*

⁹⁶Barreau H. L'éthique de Paul Ricœur à partir de « Soi-même comme un autre »(1990).XXXIème congrès de l'ASPLF : Le même et l'autre, identité et différence. Table ronde plénière du 1^{er} septembre. [en ligne]. 2006 ;Budapest. Disponible : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00108135/document>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille AGGIR	82
ANNEXE 2 : Questionnaire.....	83
ANNEXE 3 : Modèle de Kirkpatrick.....	89

ANNEXE 1 : Grille AGGIR

GRILLE AGGIR

Activités réalisées par la personne seule

Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies

S : Spontanément

T : Totalemment

C : Correctement

H : Habituellement

		Fait seul	Ne fait pas	S	T	C	H
1-Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-Cuisine							
7-Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

SIGNATURE ET CACHET du professionnel

Coordonnées exactes :

Date : le

--	--	--	--	--	--

ANNEXE 2 : Questionnaire

ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS INTERVENANT **AU DOMICILE DES PERSONNES AGEES** **EVALUATION DE LA FORMATION EN ETHIQUE**

Ce questionnaire a été créé afin de répondre à une question de recherche dans le cadre d'un travail de thèse en Médecine. Il a pour but d'évaluer la formation en éthique des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées (âge > 75ans).

Cette question intègre une étude plus globale qui a pour objectif de comprendre comment se joue la réflexion éthique à domicile au cours de l'accompagnement des personnes âgées nécessitant des aides au quotidien ; ceci justifiant l'intervention de professionnels au cœur de la sphère privée, de l'intimité des usagers.

Ce questionnaire est anonyme.

KERMARREC Pauline : 06 87 35 90 99

Merci de me contacter une fois les questionnaires complétés.

1)- Quel est votre sexe ?

- Masculin
- Féminin

2)- Quel âge avez-vous ?

.....ans

3)- Quelle est votre profession ?

- Infirmier(ère)
- Aide-Soignant(e)
- Auxiliaire de vie sociale
- Aide à domicile

4)- Avez-vous bénéficié d'une formation initiale (professionnelle)?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) diplôme(s) avez-vous obtenu(s) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5)- Quelle(s) est(sont) l'(les)année(s) d'obtention du ou des diplôme(s) ?

.....

.....

.....

.....

.....

6)- Quel est votre mode d'exercice ?

- Salarié
- Libéral

7)- Si vous êtes salarié, quel est votre employeur ?

- Fondation
- Association
- Mutuelle
- Organisme public
- Entreprise privée
- Autres, précisez :

.....

Précisez la raison sociale/nom de l'entreprise/de l'employeur :

.....

8)- Depuis combien de temps intervenez-vous à domicile ?

- Moins de 5ans
- Entre 5 et 10ans
- Entre 10 et 20ans
- Plus de 20ans

9)- A quoi fait référence pour vous, dans votre pratique professionnelle, le terme « Ethique » ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10)- Au cours de votre formation initiale et/ou continue, considérez-vous avoir bénéficié d'une formation à l'éthique ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

11)- Si oui, quels thèmes de la réflexion éthique ont été abordés ?

- Le respect de l'Autonomie
- La Bienfaisance
- La Non Malveillance
- La Justice
- La notion de Décision Collégiale
- La notion de Limitation de Soins/ Fin de vie/Loi Léonetti
- L'Information du patient
- La Confidentialité
- La notion de Consentement Eclairé
- Droits des patients/Loi Kouchner
- Autre(s), précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12)- Si oui, quelle approche a été privilégiée pour cet enseignement ?

- Cours magistraux
- Echanges autour de cas pratiques, retour de stage par exemple
- Intervention(s) de professionnel(s) (témoignages)
- Echanges avec les professionnels de terrain lors des stages
- Formations à distance (e-learning)
- Groupes d'analyse des pratiques
- Revues de morbidité et mortalité
- Autre(s), précisez :

.....

.....

.....

.....

13)- Si oui, a-t- elle répondu à vos attentes, à des questionnements en lien avec votre pratique quotidienne ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

14)- Si oui, cela a-t-il entraîné des changements dans votre pratique ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Si oui, précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15)- Si oui, selon vous, le contenu de la formation vous a-t-il paru suffisant pour faire face aux questions éthiques auxquelles vous êtes confronté dans votre pratique quotidienne ?

- Tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

Précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

16)- Selon vous, l'offre en termes de formation en éthique pour les professionnels de santé est-elle suffisante ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

17)- Quelles questions souhaiteriez-vous voir aborder au cours de telles formations, spécifiques au domicile ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

18)-De manière plus globale, la particularité d'une pratique à domicile a-t-elle été abordée au cours de votre formation ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

19)- Si oui, au cours de quelle(s) formation(s) ?

.....
.....
.....
.....

ANNEXE 3 : Modèle de Kirkpatrick

Modèle d'évaluation de la formation de Kirkpatrick



KERMARREC (Pauline) – Formation à l'éthique : point de vue des professionnels intervenant à domicile auprès des personnes âgées, 103 pages
Thèse de médecine, Brest, 2017

RESUME :

Nous assistons à un vieillissement de la population. Les sujets âgés expriment le souhait de rester vivre chez eux. Ceci justifie bien souvent l'intervention de professionnels à domicile pour assurer un accompagnement sur les plans sanitaire et social.

De nombreux enjeux éthiques résultent de cet accompagnement professionnel au cœur de la sphère privée des personnes âgées. Après une première partie consacrée au recensement des items « éthiques » contenus dans les formations diplômantes des diverses catégories de professionnels intervenant au domicile, l'objectif de l'enquête menée par questionnaire auprès de ces professionnels est de savoir s'ils considèrent que leur formation à l'éthique est suffisante, pertinente et adaptée à leur travail au domicile des personnes âgées.

Les résultats montrent que les professionnels considèrent en majorité être suffisamment formés à l'éthique. Ils la définissent avant tout par la notion de respect du patient dans sa singularité et de respect des « bonnes pratiques ». En revanche la notion de questionnement éthique et de dilemmes éthiques n'est que très peu abordée. Ces résultats nous poussent à approfondir la recherche afin de savoir comment se joue la réflexion éthique dans ce contexte d'intervention multi-professionnelle à domicile par la mise en œuvre d'entretiens semi-directifs croisés auprès des différents acteurs concernés.

MOTS CLES :

Personne âgée
Ethique
Domicile
Formation
Infirmière
Aide-soignant
Aide à domicile
Auxiliaire de vie

JURY :

Président : Professeur Gentric

Membres : Professeur Boles
Docteur Barais
Docteur Andro

DATE DE SOUTENANCE :

6 Juillet 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR :

N° 28 rue Jules Michelet 29200Brest