

Aides-soignantes et autres funambules du soin

Entre nécessités
et arts de faire

Sous la direction de
Annick Anchisi
Éric Gagnon



Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

éesp école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud



Collection

Sociétés, cultures et santé

Collection dirigée par Francine Saillant

Cette collection propose des ouvrages portant sur divers thèmes associés au large domaine de la santé, en mettant en valeur les apports des sciences sociales, en particulier de l'anthropologie, de la sociologie, de l'histoire et des sciences politiques. L'histoire et la transformation des systèmes de santé au Québec et en Occident et leurs enjeux, les systèmes de médecine traditionnelle, les mouvements sociaux et des droits des usagers, les professionnels, les questions éthiques et politiques, les problèmes particuliers des pays du Tiers-Monde sont autant de questions sur lesquelles cette collection s'ouvrira. Notre souhait est de permettre la compréhension des expériences individuelles et collectives liées à la santé et à la maladie, les cadres de gestion offerts aux populations aussi bien que les modèles de soins et d'accompagnement qui rejoignent les individus, tout cela dans leurs particularités et leur diversité.

AIDES-SOIGNANTES ET AUTRES FUNAMBULES DU SOIN

.....

Entre nécessités et arts de faire

AIDES-SOIGNANTES ET AUTRES FUNAMBULES DU SOIN

.....
Entre nécessités et arts de faire

Sous la direction de
ANNICK ANCHISI
ÉRIC GAGNON

éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud



**Presses de
l'Université Laval**

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Financé par le gouvernement du Canada
Funded by the Government of Canada



Maquette de couverture : Laurie Patry

Mise en page : Diane Trottier

© Presses de l'Université Laval. Tous droits réservés.

Dépôt légal 4^e trimestre 2017

ISBN 978-2-7637-3528-3

PDF: 9782763735290

Les Presses de l'Université Laval

www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

Table des matières

Préface	XI
--------------------------	----

Anne-Marie Arborio

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Entre nécessités et arts de faire	1
--	---

Annick Anchisi et Éric Gagnon

1. Soigner sous contraintes	2
2. Arts de faire	3
3. Solitude des soignants et collectifs de travail	5

PREMIÈRE PARTIE

SOIGNER SOUS CONTRAINTES

CHAPITRE UN

Plus invisibles que les invisibles : ASH en maison de retraite	11
---	----

Iris Loffeier

1. La réalité du travail	12
1.1 Le travail dans sa dimension pragmatique	13
1.1.1 Cadences industrielles	14
1.1.2 Répétitivité des gestes	16
1.2 La dimension politique de l'emploi	17
1.2.1 La maison de retraite, faute de mieux	18
1.2.2 « Être une merde »	19
1.2.3 « Être là pour eux », une fonction sociale valorisée	22
2. Tout en bas de l'échelle	23
2.1 Subordination des pratiques « des pieds » et « des mains »	24
2.2 Savoirs et structuration sociale	25
2.2.1 Madame Navarro et la domesticité des « fonctions hôtelières »	26
2.2.2 Nettoyer sans laisser de traces... mémorielles	28
Conclusion	29

CHAPITRE DEUX

Se gouverner : la hiérarchie interne des aides-soignantes gériatriques 33*Fanny Dubois et Guy Lebeer*

- | | |
|---|----|
| 1. Répartir les tâches sur la base de la symbolique des dégoûts | 35 |
| 2. Le contrôle des émotions ou la bonne distance psychologique | 37 |
| 2.1 La désaffection raisonnable | 38 |
| 2.2 «L'exigence empathique» | 41 |
| 3. La question éthique | 44 |
| Conclusion | 47 |

CHAPITRE TROIS

Les mains, le cœur, la tête ou le difficile exercice du métier d'auxiliaire polyvalente 51*Annick Anchisi*

- | | |
|---|----|
| 1. L'aide et les soins à domicile | 52 |
| 1.1 Le contexte de l'étude | 53 |
| 1.2 Le corpus de l'étude | 55 |
| 2. Des référentes aux auxiliaires polyvalentes | 56 |
| 2.1 Les auxiliaires polyvalentes définies par les référentes | 58 |
| 2.2. Ce qu'en pensent les premières concernées | 61 |
| 3. Les référentes et les auxiliaires polyvalentes: des destins liés aux autonomies contraires | 63 |

DEUXIÈME PARTIE**ARTS DE FAIRE**

CHAPITRE QUATRE

Intégrer une organisation gériatrique comme préposées aux bénéficiaires au Québec: un processus de redéfinition de l'éthique du prendre soin? 71*François Aubry et Yves Couturier*

- | | |
|--|----|
| 1. Méthodologie | 73 |
| 2. L'expérience de la discontinuité entre formation théorique et stage | 75 |
| 3. L'expérience de la discontinuité entre formation et travail dans l'organisation | 78 |
| 4. La transmission de stratégies de régulation du temps: le rôle du collectif de travail | 81 |
| 5. L'activité empêchée comme genèse de la souffrance éthique | 84 |
| Conclusion | 86 |

CHAPITRE CINQ

Contribution des auxiliaires de soin et d'animation à un ordre négocié : adoucir l'entrée en maison de retraite médicalisée, faciliter l'incorporation. 89*Murielle Pott*

1. L'ordre négocié: la vie communautaire obligatoire	91
2. Engagement(s) des auxiliaires de soins et d'animation dans l'ordre négocié. 92	
2.1 Adoucir la rupture de l'entrée	92
2.2 Donner du temps, faire jaillir la vie	94
2.3 Faire participer	96
3. L'adaptation en train de se faire	98
Conclusion	103

CHAPITRE SIX

Fluidifier les parcours, rechercher le consentement : un travail de composition pour les professionnels de la gérontopsychiatrie 105*Lucie Lechevalier Hurard et Pierre Vidal-Naquet*

1. Assurer une présence soignante, même à distance	110
2. Mobiliser le levier de l'entourage	113
2.1 Soutenir le consentement de la personne	113
2.2 Trouver le bon appariement pour garantir un réseau de vigilance.	114
3. Forcer la décision sans rompre le lien.	116
Conclusion	120

TROISIÈME PARTIE**SOLITUDE DES SOIGNANTS ET COLLECTIFS DE TRAVAIL**

CHAPITRE SEPT

L'élaboration de la situation de la personne malade comme travail de soin . 127*Florent Schepens*

1. La violence du soin	129
1.1 La nécessité du regard pluridisciplinaire	131
1.2 Participer pour pouvoir travailler.	134
2. Travail émotionnel	135
2.1 Transformer l'identité des patients pour transformer le sens du soin	135
2.2 Le collectif comme ressource pour maintenir le sens du soin	138
Conclusion	141

CHAPITRE HUIT

Émotions, organisation et fin de vie. Le travail des aides-soignantes et des infirmières de soins palliatifs 145*Michel Castra*

1. Implication relationnelle et accompagnement des malades en fin de vie 147
 2. Une régulation des émotions qui mobilisent l'organisation et les collectifs de travail 151
 - 2.1 Médiation du collectif et partage social des émotions 152
 - 2.2 Émotions, routines relationnelles et compétences de service 156
 3. Un cadre d'interprétation : répertoire émotionnel et travail sur les émotions 158
- Conclusion 160

CHAPITRE NEUF

La participation des préposés aux bénéficiaires : un défi individuel, collectif et organisationnel à relever 163*Nathalie Jauvin (avec la collaboration d'Émilie Allaire)*

1. Être préposé aux bénéficiaires : le travail et ses défis, un bilan de la littérature 164
 - 1.1 Des conditions d'exercice de travail de plus en plus lourdes 164
 - 1.2 Des effets sur la santé 165
 - 1.3 Des facteurs de protection reconnus : l'entraide et la solidarité. 166
2. Au cœur de la réalité des préposés aux bénéficiaires québécois : l'enjeu de la participation 167
3. Remettre la participation au cœur du débat : prendre sa place pour faire la différence, ensemble 171

CONCLUSION

Comprendre le travail de soins 181*Éric Gagnon*

1. Penser les soins dans leurs multiples dimensions 182
2. L'expression de la souffrance et la formulation des dilemmes moraux 185
3. L'évaluation et la gestion des pratiques 190

Les auteur.e.s 197

Préface

Anne-Marie Arborio

Les infirmières ont été comparées à des « jongleuses » en blouse blanche (Bouffartigue, Bouteiller, 2007) du fait des contraintes temporelles fortes qu'elles supportent, et des compétences spécifiques qu'elles développent pour gérer en même temps les exigences de la continuité des soins et celle de la vie de famille. Le terme ne saurait leur être exclusif, les conditions auxquelles il renvoie étant le fait d'un ensemble plus vaste de personnels, toujours largement féminins, des établissements de soins, parmi lesquels les aides-soignantes. Regroupant les aides-soignantes et les métiers voisins sous le label de « funambules du soin », les auteurs du présent ouvrage reprennent la comparaison avec un métier du cirque. Ce n'est certes pas en raison de leur caractère spectaculaire, s'agissant de métiers dont on a déjà assez dit qu'ils sont peu regardés. Dans la thèse de sociologie que j'ai consacrée aux aides-soignantes et soutenue il y a maintenant plus de vingt ans, je parlais en effet du constat d'un paradoxe entre l'importance, ne serait-ce qu'en matière d'effectifs, de ce personnel des hôpitaux et de leur relative méconnaissance, pour le mettre en avant dans le titre de l'ouvrage qui s'en est suivi : *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital* (Arborio, 2001, 2012). Le choix de ce titre pouvait paraître paradoxal : les aides-soignantes pouvaient-elles être considérées comme invisibles dès lors qu'un livre leur était consacré ? Ce titre ne contenait-il pas sa propre péremption ? À lui seul, un ouvrage ne pouvait cependant suffire à compenser la « sur-visibilité » d'autres groupes professionnels qui contribue à l'effacement des aides-soignantes. L'essentiel du travail de soins à l'hôpital reste associé à des figures comme le médecin ou l'infirmière qui cumulent tous les attributs de la visibilité : par l'efficacité prêtée à leur intervention, par la technicité de leurs actes, autant que par leur investissement de l'espace public ou médiatique (Arborio, 2016). Cette première recherche ne se donnait d'ailleurs pas cet objectif

de compensation puisqu'il s'agissait d'abord de comprendre les parcours biographiques de celles et de ceux qui croisaient à un moment de leur vie l'institution hospitalière pour y exercer sous le titre d'aide-soignante, d'emblée après une courte formation, ou bien après une expérience professionnelle plus ou moins longue en tant qu'agent de service hospitalier. Certes, il avait été nécessaire, pour comprendre ces parcours, de produire des éléments de contexte comme l'histoire de la catégorie, ou bien d'analyser les enjeux de la division du travail au quotidien par l'observation directe des pratiques de travail, mais les pratiques de travail n'y apparaissaient pas dans toute leur diversité et de nombreuses questions restaient à poser.

Heureusement, un ensemble de recherches en sciences sociales menées depuis éclairent ces situations de travail particulières, comme celles des aides-soignantes en maison de retraite (Causse, 2006) ou en anesthésie (Bourrier, 2009) ; elles abordent aussi de nouvelles questions comme celle des modes de transmission des savoirs et des compétences (Aubry, 2012). En réunissant des auteurs divers, des ouvrages collectifs ont pu montrer la vivacité des recherches dans différents pays (Aubry, Couturier, 2014) et comparer des pratiques de travail proches, exercées sous différents labels, dans différents contextes institutionnels et dans différentes conditions d'emploi (Gautié, Schmitt, 2008). Les aides-soignantes prennent aussi aujourd'hui davantage de place dans des recherches qui portent plus largement sur le monde des soignants, qu'il s'agisse, par exemple, de comprendre les spécificités du travail dans un hôpital local (Divay, 2013), de mettre en avant les effets de l'action publique à l'hôpital au travers de la réorganisation du travail en journées de 12 heures qui concerne à la fois les infirmières et les aides-soignantes (Vincent, 2014) ou d'étudier l'usage des gants, communs à différents soignants, pour une analyse sociologique du dégoût (Memmi, Raveneau, Taïeb, 2016, p. 163-168). Au-delà de l'univers des sciences sociales, des aides-soignantes apparaissent aussi dans des documentaires, quelques autres, plus rares, prennent parfois la parole pour diffuser leurs témoignages dans des ouvrages et d'autres, plus nombreuses, alimentent les forums dédiés au métier sur Internet¹, voire tiennent eux-mêmes un blog², offrant ainsi de nouveaux matériaux pour la

1. Voir le site aide-soignant.com.

2. Tel que Rod sur <http://aidesoignant2.canalblog.com/>, qui a par ailleurs témoigné sur raconterlavie.fr.

sociologie (Pasquier, Havard-Duclos, 2017). Le terme même d'invisibilité paraît aussi désormais moins approprié si l'on prend le point de vue du patient ou du bénéficiaire de soins : j'avais relevé, lors de mon enquête de terrain, la difficulté des malades à identifier l'aide-soignante *en tant qu'aide-soignante* parmi l'ensemble des personnes qui agissent autour de lui ou sur lui à l'hôpital, mais, dans certaines circonstances, l'identification se fait et la reconnaissance est certaine.

L'ouvrage présenté par Annick Anchisi et Éric Gagnon est en fait consacré à un ensemble plus large que les seules aides-soignantes, ne serait-ce qu'en raison de la diversité des contextes nationaux des terrains (France, Suisse, Belgique, Canada) dans lesquels ont investigué les différents auteurs. Le nom d'aide-soignante n'y a pas toujours cours, comme au Québec où l'on parle de « préposés aux bénéficiaires ». La comparaison internationale des manières dont s'est développée la division du travail autour du malade, dont elle a donné lieu à l'invention de métiers aux appellations et aux contours variés, et dont jouent les contextes politiques et institutionnels (Gautié, Schmitt, 2008) est toujours intéressante. Elle souligne ces enjeux de contexte qui sont autant de constructions sociales à historiciser contre la tentation d'une lecture naturalisante et fonctionnaliste. La comparaison internationale systématique n'est cependant pas l'objectif de l'ouvrage publié ici et les métiers considérés débordent même les équivalents habituels de l'aide-soignante tels que les préposés aux bénéficiaires. Il sera question ici d'« agent.e.s de service hospitaliers », d'« auxiliaires de soins et d'animation », ou d'« auxiliaires de santé » ou d'« auxiliaires polyvalentes », d'« assistant.e.s en soins et santé communautaires »... Les analyses proposées tiennent parfois ensemble ces métiers les moins qualifiés avec celui d'infirmière ou d'autres paramédicaux, pour s'intéresser plus largement aux « soignantes ». Certaines pratiques de travail et certaines difficultés d'exercice leur sont en effet communes. Et ce sont justement les pratiques qui sont au cœur de cet ouvrage. Ainsi, il sera bien sûr question des tâches habituellement associées à ces métiers telles que celles qui relèvent des fonctions hôtelières, de l'accompagnement quotidien de malades dans leurs gestes quotidiens comme manger, se laver, etc., mais aussi d'autres tâches tout aussi diverses que prodiguer des gestes d'affection, mettre des bas de contention, remplir des dossiers de soins, organiser des activités festives... Ces gestes, pour la plupart, visent le malade, le patient, le bénéficiaire ou le résident.

Quel que soit le terme, il renvoie à ce « public » dont le regard donne du sens aux métiers de spectacle auxquels sont comparées ici les soignantes.

Les publics des pratiques de ces soignantes sont ici assez spécifiques. Aucun chapitre ne nous donne accès aux unités de soins aigus, pas plus qu'aux services d'urgence surinvestis par les médias. Les contributions envisagent les pratiques de soins en maison de retraite, dans des services de gérontologie psychiatriques, dans des organisations de soins de longue durée, dans des établissements médico-sociaux, dans des unités de soins palliatifs et même à domicile. Les patients sont le plus souvent âgés, mais pas toujours ; ils souffrent aussi de maux chroniques et n'ont pas vraiment d'horizon de « guérison », voire sont en fin de vie. L'hôpital, avec ses services de pointe, ses interventions techniques lourdes, ses spécialisations, la rotation parfois rapide de ses malades, semble loin... Il est pourtant implicitement là, parce qu'il est l'institution-clé qui fournit le modèle de référence, comme le dit ici Muriel Pott, même s'il s'agit parfois de s'en distinguer comme c'est le cas pour les soignantes en soins palliatifs, étudiées par Florent Schepens ou Michel Castra. Il faut dire que, même si l'ouvrage n'est pas centré sur les trajectoires des professionnelles du soin, celles-ci ont sans doute croisé l'hôpital à un moment ou à un autre de leur carrière, ne serait-ce que parce que c'est le lieu de formation par apprentissage de la plupart du personnel de santé. Les secteurs considérés ici ne sont pas à l'abri des réformes gestionnaires qui accélèrent le temps dans les hôpitaux. S'y ajoutent des besoins de main-d'œuvre grandissants, par exemple en gériatrie, qui ne sont pas toujours faciles à pourvoir du fait de la difficulté des tâches. En vue de valoriser ces métiers, une nouvelle fonction est apparue en France avec le plan Alzheimer 2008-2012 : celle d'assistant de soins en gérontologie, ouverte aux aides-soignantes et aux aides-méxico-psychologiques. La formation de 140 heures associée met en avant la spécificité des compétences nécessaires dans ce domaine³, mais leur faible rémunération, par une prime de 90 euros

3. Les indicateurs de suivi du Plan Alzheimer publiés montrent que les objectifs n'ont pas été atteints : pour les professionnels formés à la maladie (ASG, psychomotriciens, ergothérapeutes), l'objectif de 8 000 avait été fixé (dont 4 000 assistants de soins en gérontologie), mais seuls 2754 avaient été formés en 2011. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur3-4_pqe_invalidite.pdf.

bruts mensuels⁴, ne permet pas de considérer cette fonction comme une réelle perspective de carrière pour les aides-soignantes ni de relever l'attrait pour l'exercice de « funambule du soin ».

La métaphore du funambule est bien sûr particulièrement bien adaptée à ces métiers historiquement nés entre deux autres, entre l'agent sans qualification chargé du nettoyage et l'infirmière, technicienne du soin et dont la définition est restée longtemps assez floue (Arborio, 2012). Mais funambule, comme d'autres métiers du cirque, c'est peut-être surtout un métier où l'on prend des risques et les contributions laissent voir ici un ensemble de risques associés à l'exercice des métiers du soin. Les épreuves y sont d'abord morales ou psychologiques. Elles tiennent moins au côtoiement de la souffrance ou de la mort, qu'aux difficultés ou aux « empêchements » d'y faire face, de faire « bien » son travail, notamment du fait des contraintes organisationnelles. Il faudrait y ajouter d'autres risques, plus physiques, pour les membres du personnel, qui manipulent des charges lourdes, dans des positions inconfortables. Comme dans le métier de funambule, dans le travail auprès de personnes âgées, de mourants ou de malades chroniques, le corps prend des risques, il est engagé. Le corps est aux prises avec le corps de l'autre. Il met en œuvre tous ses sens et l'odorat, en particulier, est évoqué ici à plusieurs reprises. Ces métiers sont physiques, les tâches lourdes ne sont pas épargnées aux femmes. On relève d'ailleurs dans le dernier bilan annuel de la branche accident du travail/maladie professionnelles (AT-MP) de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (France) que la légère augmentation du taux d'accidents du travail en 2015 par rapport à 2014, après des décennies de baisse continue, tient aux accidents dans le secteur des services à la personne dont la fréquence moyenne d'accidents dépasse maintenant celle du secteur bâtiment et travaux publics (BTP)⁵. Ce même secteur est concerné par un accroissement important du nombre d'arrêts de travail pour lombalgies depuis une dizaine d'années, avec une augmentation de plus de 2 200 cas par an alors qu'il diminuait de 1 100 cas par an dans l'industrie. Le risque est d'autant plus grand que l'attention aux aspects relationnels de ces métiers du *care* nie ces aspects physiques du travail. Karen Messing et Diane Elabidi (2003) avaient bien montré comment les femmes elles-

4. Arrêté du 22 juin 2010.

5. Taux d'accidents : 93 pour 1000 salariés contre 62 pour 1000.

mêmes se pensaient à l’abri de charges matérielles dans la division du travail alors qu’il n’en était rien. L’inattention portée à ces métiers et en particulier aux épreuves physiques qu’ils recouvrent en fait le lieu de développement de « souffrances invisibles » (Messing, 2016). Cependant, par rapport au funambule seul sur son fil, comptant sur une équipe surtout dans les préparatifs de son spectacle, les soignantes ne sont pas toujours isolées et l’équipe peut aider à surmonter des épreuves. Dans nombre de contributions, et en particulier dans celle de Nathalie Jauvin, la tension est présente entre l’isolement relatif des soignantes et la présence plus ou moins discrète d’un collectif.

La maîtrise de son art, fruit d’un long apprentissage, permet au funambule de faire face à ces risques. Pour les funambules du soin, la formation est souvent courte ; ces métiers sont parfois associés à un ensemble de compétences domestiques sommaires et cette dépréciation de leurs savoirs est perçue par les principales intéressées comme cette aide-soignante qui se présente comme « torche-cul » dans l’unité de soins palliatifs étudiée par Florent Schepens, ou se dit « une merde » dans l’établissement investigué par Iris Loffeier. Ces autodésignations dépréciatives ont souvent cours sur le terrain⁶. Au contraire de cette image négative, les contributions réunies ici mettent en avant la nécessaire maîtrise de certains « arts de faire » : un art de la conversation pour faire le ménage dans une chambre occupée en associant les occupants, des pratiques pour « tenir le coup » dans des situations difficiles – comme l’humour (Dubois, Lebeer) –, pour s’ajuster aux réalités du travail au sortir d’une formation parfois décalée de celles-ci (Aubry, Couturier), parfois simplement pour faire consentir à l’intervention de l’équipe (Lechevalier Hurard, Vidal-Naquet)... Et pour beaucoup, l’ensemble de ces compétences relève de l’art de maintenir un travail de qualité en même temps que le rythme s’intensifie. Ces pratiques sont difficiles à verbaliser, peut-être même indicibles pour certaines. Ce n’est pas un hasard si les méthodes ethnographiques ont été privilégiées ici, car elles permettent de dépasser les discours sur les pratiques pour saisir les pratiques dans toutes leurs dimensions. Un atout de ce livre est aussi de rendre également plus visibles les patients, bénéficiaires ou résidents, en saisissant le travail en pratiques, en interaction avec

6. Serge Rattner en avait fait le titre de son témoignage : *Le serpillothérapeute*, Lyon, S. Rattner/Impr. Presse Nouvelle, 1982, 78 p.

ceux qui en sont l'objet. Le travail des aides-soignantes est difficile à «routiniser» tant il doit s'adapter aux caractéristiques des individus pris en charge ; le travail des auxiliaires polyvalentes ne consiste-t-il pas, entre autres, à adapter les consignes de leurs référentes aux situations concrètes qu'elles observent (Anchisi) ? Les caractéristiques des patients contraignent certes le travail, mais les principales contraintes viennent de l'institution et de l'emprise croissante des logiques industrielles et marchandes qui font le contexte de l'ensemble des contributions. Les soignantes, «petites mains» de la santé, pour emprunter une métaphore à l'atelier plutôt qu'au cirque, subissant ces évolutions de plein fouet, n'en constituent-elles pas une sorte d'analyseur ? C'est en tout cas un fil stimulant que propose au lecteur cet ouvrage bienvenu.

RÉFÉRENCES

- Arborio, A.-M. (2016), « Visibilisation, invisibilisation du travail. Introduction », dans L. Demailly, J. Calderon et S. Muller (dir.), *Aux marges du travail*, Toulouse, Octarès, p. 11-14.
- Arborio, A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2^e édition augmentée d'une préface (1^{re} éd. 2001).
- Aubry, F. et Y. Couturier (dir.) (2014), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes. Entre domination et autonomie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2014.
- Aubry, F. (2012), « Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France – Québec », *Formation-Emploi*, n°119, p. 47-63.
- Bouffartigue, P. et J. Bouteiller (2007), « Jongleuses en blouse blanche : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *Temporalités*, n° 4, p. 25-41.
- Bourrier, M. (2009), « Nous, on soigne rien, sauf des machines. Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en anesthésie », *Sociograph*, n° 8, 2009.
- Causse, L. (2006), « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté », dans P. Cours-Salies et S. Le Lay (dir.), *Le bas de l'échelle. La construction sociale des situations subalternes*, Paris, Erès, p. 67-79.
- Divay, S. (2013), *Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Gautié, J. et J. Schmitt (dir.) (2008), *Low wage work in the wealthy world?*, New York, Russell Sage.

- Messing, K. (2016), *Souffrances invisibles. Pour une science du travail à l'écoute des gens*, Montréal, Écosociété.
- Messing, K. et D. Elabidi (2003), « Desegregation and occupational health : how male and female hospital attendants collaborate on work tasks requiring physical effort », *Policy and practice in Health and Safety*, vol. 1, p. 83-103.
- Memmi, D., G. Raveneau et E. Taïeb (2016), *Le social à l'épreuve du dégoût*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Pasquier, D. et B. Havard-Duclos (2017), « Les appropriations d'internet dans des familles d'employées des services à la personne », Journée d'études *Enquêter auprès de ménages ouvriers et employés*, Paris, 11 janvier.
- Vincent, F. (2016), « Travailler pour son « temps de repos » ? », *Temporalités*, Online since 24 February 2015, connection on 30 December 2016. URL : <http://temporalites.revues.org/2896> ; DOI : 10.4000/temporalites.2896

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Entre nécessités et arts de faire

Annick Anchisi et Éric Gagnon

Aide-soignante, préposée aux bénéficiaires, auxiliaire polyvalente ou encore accompagnatrice¹ à domicile, autant de métiers méconnus, effacés, parfois oubliés, jouant pourtant un rôle essentiel dans le soutien des personnes âgées, malades ou mourantes ; des métiers dont la contribution aux soins est souvent ignorée ou banalisée en raison de leur faible prestige et de la simplicité apparente du travail. Le présent ouvrage propose un ensemble d'études sur ces métiers. Il propose une exploration sur les marges des soins, sur le travail de femmes et d'hommes peu visibles, dont l'importance demeure encore insensible et les compétences non reconnues ; sur des tâches, des actions ou des paroles, qu'on ne classe pas toujours parmi les soins ou dont on minimise la valeur, mais qui sont pourtant essentiels au maintien de la vie et de la dignité des personnes.

En opérant un déplacement vers les confins des soins, c'est à une nouvelle compréhension des institutions et des pratiques que nous voulons contribuer. En effet, si les soins ont longtemps paru le seul apanage des médecins, des infirmières et des mères, ils sont aujourd'hui confiés à une multitude de métiers et de professions, dans une diversité d'établissements et de lieux, sous l'encadrement de règles, d'obligations et de contraintes variées ; si les soins ont toujours été nécessaires à la reproduction des corps et des sociétés, s'il a toujours fallu prendre soin des individus malades et dépendants, l'autre, la vieille personne, celle qui ne sait plus se mener seule, les conditions pour le faire, n'ont pourtant pas cessé de se transformer.

1. Ces métiers étant encore largement exercés par des femmes, nous avons choisi de féminiser les appellations.

Notre ouvrage a ainsi pour ambition de saisir les transformations des dispositifs sociosanitaire et des métiers d'aide et de soins sous le prisme des travailleuses les moins qualifiées, en prêtant une attention à la nature des tâches, aux apprentissages qu'elles requièrent, aux conditions de leur réalisation. Comprendre de quoi sont faits ces métiers, par qui et comment ils s'exercent en situation, dans le cadre de règles posées par d'autres, nous a paru nécessaire, non seulement pour connaître et faire reconnaître ces métiers et pratiques, mais aussi comprendre ce que soigner veut dire.

Trois préoccupations ont guidé notre travail collectif. D'abord saisir les conditions à l'intérieur desquelles œuvrent les aides-soignantes les préposées aux bénéficiaires et autres auxiliaires de soins, les contraintes auxquelles elles sont assujetties et la manière dont ces contraintes les marquent dans leur corps et leur esprit. Ensuite, mieux connaître leur travail, ce qu'elles font, la complexité et le détail des soins ; faire voir ce qui demeure encore largement négligé. Enfin, s'arrêter sur un aspect peu documenté du travail de soin : la solitude éprouvée des soignantes ; la difficulté qu'elles ont à s'inscrire dans un collectif qui leur permettrait de valoriser leur travail, d'améliorer leurs compétences, de faire face aux difficultés et de changer les conditions d'exercice de leur métier. Ces trois préoccupations traversent l'ensemble des études ici réunies avec un accent plus marqué sur l'une ou l'autre selon les textes².

1. SOIGNER SOUS CONTRAINTES

Au cœur des intimités multiples, des corps esquintés et rebelles, de la chambre ou de la maison, ces aides-soignantes, préposées et auxiliaires doivent faire montre d'empathie, de persuasion et d'efficacité. Reconnues comme indispensables à la survie des personnes soignées et aidées, elles n'en restent pas moins situées au bas de l'échelle sociale, coincées dans des carrières peu valorisées et mal payées. Aux corps à corps quotidiens, s'ajoute l'obligation de faire plus avec moins, de rendre compte de la mesure de l'aide et des soins. Au front, elles doivent aussi porter haut les valeurs institutionnelles. De l'éthique de la sollicitude à la bienveillance, du maintien de l'autonomie au respect

2. Nous avons regroupé les travaux en trois parties en fonction de l'importance que prenait dans chacun des textes l'une ou l'autre interrogation.

du choix des clients, les injonctions normatives sont légion et parfois contradictoires. Au cœur des transformations de la relation d'aide et de soins, ces métiers subissent autant qu'ils révèlent. Les textes d'Iris Loffeier (chapitre 1) et de Fanny Dubois et Guy Lebeer (chapitre 2) montrent quels retentissements ces multiples exigences peuvent avoir sur les travailleuses.

Les logiques industrielles et marchandes à l'œuvre aujourd'hui dans le secteur de l'aide et des soins exercent également une pression, à l'exact opposé des idéaux de sollicitude et d'accompagnement. Sous la pression assurantielle, la prestation remplace le soin, elle relève d'un temps fractionné et mesuré. Les lieux et les temps de partage de l'expérience sont réduits. En outre, les principes de flexibilité et de polyvalence font circuler les employées de façon indifférenciée. Les valeurs édictées de respect de l'autonomie, du rythme ou des besoins du patient ou client sont aussi de l'ordre de l'idéologie et de la « communication » institutionnelle. Les intervenantes de proximité ont moins de moyens que d'autres pour combler les écarts. Elles ne peuvent pas faire semblant. Il faut donc une conviction vissée au corps pour ne pas, dans ces conditions, faire payer la note à celui ou à celle d'en face. Si un corps souillé reste un corps souillé, une toilette reste une toilette, les conditions d'exercice ont changé : le nombre toujours plus grand des très vieilles personnes atteintes de démence où les corps et les esprits sont difficiles à manœuvrer, l'augmentation de la technique (thérapies – gestion – informatique) qui met plus à distance les moins qualifiées des mieux formées les isolant davantage ou rendant le décalage plus douloureux. Quelles marges de manœuvre les soignantes conservent-elles pour faire face à ces nouvelles exigences, quelles stratégies adoptent-elles ? Ces aspects du travail sont examinés dans le texte d'Annick Anchisi (chapitre 3).

2. ARTS DE FAIRE³

Si depuis toujours il a fallu soigner et aider des personnes âgées ou handicapées, le caractère banal ou commun de certaines tâches – laver une personne, l'habiller – ne doit pas en masquer les difficultés

3. L'expression est empruntée à Michel de Certeau (1990) qui l'a chargée d'un sens désormais inoubliable, en montrant la richesse et l'inventivité des usages et des pratiques du quotidien.

et la complexité. À faire expliciter cette complexité nouvelle aux divers membres du personnel, que l'on soit infirmière ou aide-soignante, la réponse n'est pas du même ordre. L'infirmière évoquera la technicité, la coordination des divers intervenants, l'organisation des services ou encore « l'administratif ». L'aide-soignante relèvera, elle, l'augmentation du nombre de très vieilles personnes, celles atteintes de démence, la présence ou l'absence de famille, les négociations quotidiennes pour mener à bien le travail. Seule la question de la relation à l'autre comme cœur de métier, que l'augmentation de la cadence rend toujours plus improbable, les rassemble. Face au temps qui manque, aux charges qui augmentent, la classification des personnels se fera au prestige de la tâche. À l'hôpital, en maison de retraite comme à domicile, les corps à soigner, à entretenir, les comportements à rendre conformes aux prescriptions sont attribués aux moins qualifiées. Mais s'il s'agit de faire, comment font-elles ? Les savoirs mobilisés sont eux-mêmes multiples : ils portent sur les aspects techniques des soins et l'utilisation de technologies, mais aussi sur la relation avec la personne dépendante ou sa famille, les procédures et l'organisation du travail, la régulation et la canalisation des émotions, etc. Le texte de François Aubry et Yves Couturier (chapitre 4) donne un aperçu des stratégies des préposées aux bénéficiaires du Québec pour composer avec l'intensification du travail.

Comment peut-on rendre compte des pratiques dans leurs multiples dimensions, qui, pour une large part encore, demeurent invisibles ? Comment peut-on témoigner de régions muettes ? Le texte de Murielle Pott (chapitre 5) montre l'intérêt et la nécessité d'aller voir de près et de décrire ce que font et vivent les soignantes de proximité. D'ailleurs, l'ensemble des études rassemblées dans cet ouvrage privilégie les méthodes ethnographiques et la description fine des pratiques, conditions pour les connaître, en comprendre le sens et les raisons, pour mettre au jour, au moins partiellement, l'expérience des soignantes. Des routines et des procédures sont ainsi décrites, des interactions et des échanges reconstitués, des drames racontés. Les tâches des soignantes sont nombreuses (laver, habiller, coiffer, nourrir, changer le lit...), les gestes multiples (sourire, détourner les yeux, replacer un objet, parler ou garder le silence...), les sentiments et les émotions souvent intenses (affection, compassion, répulsion, douleur, humiliation...).

Se pose à nouveau la question de la marge de manœuvre des soignants, de l'autonomie qu'elles parviennent à trouver pour donner les soins sans eux-mêmes trop en pâtir : les ruses pour obtenir la collaboration de l'usager, pour contourner les règles ou détourner les grilles d'évaluation, les espaces d'arbitrage et de négociation avec les supérieurs, les multiples formes de débrouillardise, etc. Le texte de Lucie Lechevalier Hurard et de Pierre Vidal-Naquet (chapitre 6) en donne une belle illustration. La complexité des situations, l'équilibre à trouver entre les multiples exigences et le risque de choir, en font de véritables funambules des soins⁴.

3. SOLITUDE DES SOIGNANTS ET COLLECTIFS DE TRAVAIL

« *Nous avons choisi ce métier pour le contact humain, c'est-à-dire aider les autres, apporter du bien-être, du bonheur et faire la différence. Le métier est difficile, mais aider les autres ça vient nous chercher en dedans ; c'est comme une grosse boule d'émotions* », ainsi s'exprime un préposé aux bénéficiaires lors d'un symposium qui a eu lieu à Québec en automne 2014 (Allaire, Gagnon et Jauvin, 2015). Des cadres infirmiers, des gestionnaires et des chercheurs étaient également présents. Les préposées et les auxiliaires qui ont pris la parole sont revenus à plusieurs reprises sur cette notion : *faire la différence* (élément qui renvoie à la finalité de la tâche et à la vocation du métier) paraissait être la mesure de leur singularité. Pour faire la différence, il est nécessaire d'avoir les conditions matérielles et morales de sa réalisation. Et celles-ci passent par le fait d'occuper une place, de pouvoir la définir avec les autres, d'aider dans une relation au long cours et être soi-même aidé si nécessaire.

Sur les aspects difficiles du métier et des conditions de travail à améliorer, des pistes de solution ont été évoquées : participer aux réunions des équipes interdisciplinaires et à la réalisation des plans de travail, éviter le roulement de personnel chez le même client et assurer une continuité des soins, avoir des personnes ressources, améliorer la formation continue. L'importance du collectif de travail est de plus en plus soulignée : former un groupe d'auxiliaires, de préposées ou

4. La formule est de Pierre Vidal-Naquet, à qui nous l'empruntons.

d'aides-soignantes solidaires, capables de se soutenir, d'analyser les problèmes, d'imaginer des solutions et de formuler des demandes ou revendications, ou encore, être intégrées à part entière aux équipes de soins, avec les infirmières et les autres professionnels, pour faire valoir leur point de vue, leur compréhension des situations et ainsi valoriser leurs compétences. Or, et les études réunies dans cet ouvrage le montrent bien, les soignantes sont isolées : l'organisation tend à individualiser le travail et favorise rarement les solidarités ; c'est chacune pour soi, en s'efforçant seulement de ne pas trop nuire aux autres. Devant les difficultés, la souffrance et la violence, elles sont très souvent seules.

La question des collectifs de travail, soulevée par Aubry et Couturier dans la première partie, est reprise dans la troisième partie. Florent Shepens (chapitre 7) et Michel Castra (chapitre 8) qui montrent bien comment l'intégration des aides-soignantes au sein des équipes en soins palliatifs en France aide à donner du sens au travail par le partage d'une compréhension commune des situations ; elle aide à réduire la souffrance en canalisant les émotions, à faire reconnaître leur expertise et à trouver une gratification au travail. Bien sûr, les soins palliatifs sont un secteur privilégié, et la participation des soignantes au bas de l'échelle ne va pas sans difficultés. Des expériences peuvent néanmoins être tentées comme nous y invite Nathalie Jauvin (chapitre 9) dans son texte.

* * *

Cet ouvrage est issu d'un séminaire de recherche, tenu à Lausanne en 2015 et réunissant des chercheur.e.s de différents pays et de différents horizons pour discuter des métiers de soins au bas de l'échelle, de leurs conditions de travail et de leurs difficultés, mais aussi de leur savoir-faire. Au groupe de chercheur.e.s réunis à cette occasion se joignent par la suite d'autres auteur.e.s partageant des préoccupations identiques. Par-delà la diversité des lieux où ils ont mené leur enquête et des perspectives théoriques, on reconnaîtra le même souci pour les pratiques et l'expérience des soignant.e.s.

Depuis les travaux inauguraux d'Everett Hughes sur le sale boulot et l'ouvrage d'Anne-Marie Arborio (2012), le premier sur les aides-soignantes en France, d'autres ouvrages, récemment publiés apportent un éclairage pertinent sur le travail des aides-soignantes, préposées,

auxiliaires et autres funambules du soin. L'équipe de Florence Weber (2014) dans l'ouvrage *Le salaire de la confiance, l'aide à domicile aujourd'hui* propose une entrée économique avec cette question centrale : pourquoi les salaires des aides-soignantes sont-ils si bas alors que par ailleurs ce travail est qualifié d'essentiel ? Pour les auteur.e.s, la réponse est à chercher au cœur de trois impasses : l'illusion industrielle (rationalisation des tâches, arrivée de nouveaux acteurs et redistribution du champ, conditions d'emploi des salariés), l'illusion marchande (fractionnement des prestations, des systèmes d'attribution et de contrôle) et l'illusion sanitaire (réponses sanitaires aux problèmes socio-économiques). Christelle Avril (2014), dans *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, met en exergue le travail d'aide et de soins à domicile partant des femmes de milieux populaires, de leurs conditions de travail et d'existence où différences de classes, de genre et de « races » révèlent aussi la non-homogénéité de ce groupe social inférieur. L'ouvrage collectif dirigé par François Aubry et Yves Couturier (2014) *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie* veut rendre compte de l'augmentation des responsabilités dévolues à ce personnel alors que les conditions de travail ou de réalisation ne sont pas réunies. Les tensions physiques, psychologiques et morales sont fréquentes et tentent d'être résolues par ceux (gestionnaires, cadres) qui, relais des dispositifs et des politiques sanitaires, les provoquent. Dans un registre connexe, on peut encore relever l'ouvrage dirigé par Florent Schepens (2013) *Les soignants et la mort* où, dans les services de soins palliatifs, la relation occupe réellement la première place, prescription et performativité de la parole réparatrice. Hormis les services spécialisés comme les soins palliatifs, ce qui ressort communément de ces travaux est l'écart toujours plus grand entre ce qui est attendu et ce qui peut être réalisé où le prix à payer est plus élevé pour celles qui n'ont pas d'autre choix que de réaliser concrètement le travail d'aide et de soins.

Notre contribution porte plus spécifiquement sur le travail concret d'aide et de soins, sur les multiples « arts de faire » dans les soins aux personnes âgées et dépendantes, sur le « tour de main », les pratiques, les situations. Nous avons prêté plus spécialement attention aux collectifs de travail et à la transmission de ces arts de faire, ainsi qu'à la marge de manœuvre de soignantes, leurs tactiques et les espaces de négociation au sein d'univers très contraints. Comme le souligne Gagnon dans sa conclusion de l'ouvrage, l'un des enjeux premiers et centraux est de se

donner les moyens de mieux comprendre le travail de ces soignantes, de dépasser les lectures superficielles, réductrices ou condescendantes ; de rendre compte non seulement de la complexité des pratiques, mais du savoir-faire, de l'intelligence et de leur sensibilité. À l'instar de ce que dit Pierre Bergounioux dans *Exister par deux fois*, si l'on n'en vient pas, le risque est de ne jamais pouvoir en donner la vraie mesure. La seule certitude possible est négative, « *ce n'est pas ça. Quant à savoir ce que c'est, la question est ouverte et le risque de s'y méprendre vertigineux* » (2014, p. 225). Le pari est difficile, mais il valait la peine de le tenter

RÉFÉRENCES

- Allaire, É., É. Gagnon et N. Jauvin (2015), *Symposium sur le métier des auxiliaires de santé et de services sociaux et des préposés aux bénéficiaires. Synthèse des présentations et des discussions*, CSSS de la Vieille-Capitale, Québec.
- Arborio, A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2^e édition augmentée d'une préface (1^{re} éd. 2001).
- Avril, C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute.
- Aubry F. et Y. Couturier (dir.) (2014), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec.
- Bergounioux, Pierre (2014), *Exister par deux fois*, Paris, Fayard.
- Certeau, M. de, (1990 [1980]), *L'invention du quotidien, I. Arts de faire*, Paris, Gallimard.
- Schepens, F. (dir.) (2013), *Les soignants et la mort*, Toulouse, Erès.
- Weber F., L. Trabut et S. Billaud (dir.) (2014), *Le salaire de la confiance, l'aide à domicile aujourd'hui*, Paris, Éditions Rue D'Ulm et Presses de l'École normale supérieure.

PREMIÈRE PARTIE

Soigner sous contraintes

CHAPITRE UN

Plus invisibles que les invisibles : ASH en maison de retraite

Iris Loffeier

En maison de retraite, agents d'entretien, femmes de ménage ou encore agents de service hospitalier (ASH) en France, ni véritablement personnels médicaux, ni *a priori* concernés par le corps-à-corps, sont généralement passés sous silence. Silence de la recherche, silence des guides de bonnes pratiques professionnelles, silence des cahiers de transmission : aucune activité scripturale ne retient leur travail. Plus invisibles que les invisibles aides-soignantes (Arborio, 2012), en établissement, les ASH sont pourtant omniprésentes. Leur part dans le personnel en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France est égale à celle des aides-soignantes, avec qui elles forment l'ensemble des effectifs, féminin à 90 %¹ (Prévoit, 2009, p. 6). Elles sont même en moyenne plus nombreuses que leurs consœurs dans les établissements privés à but lucratif (*Ibid.*, p. 7).

À partir d'une enquête qualitative d'un an et demi dans un établissement privé à but lucratif du sud de la France², conduite notamment par observation participante (un mois) au poste d'ASH³ et enquête documentaire, ce chapitre se propose d'explorer la réalité du quotidien tout en bas de l'échelle de la maison de retraite. Dans un premier temps,

-
1. À 95 % si l'on compte en équivalents temps-plein (ETP) (*Ibid.*).
 2. Cette enquête a été réalisée au cours d'un travail de doctorat (Loffeier, 2015b).
 3. En tant que remplaçante pendant l'un des mois d'été. Cette phase de l'enquête a d'abord permis d'accéder aux relations directes avec les résidents et à la dimension physique du travail d'ASH. Elle a ensuite autorisé la transformation des relations avec les professionnelles de l'institution, quelques mois après l'arrivée sur le terrain. Faisant passer la chercheuse du statut d'« observatrice inconnue à la solde des gestionnaires de l'établissement » à celui de collègue prête à faire partie de ceux qui se « salissent les mains »

nous décrivons une partie des modalités de l'activité des agents de service hospitalier, sous l'angle du travail et des rapports à l'emploi (Borzeix et Maruani, 1982, cité par Avril, Cartier et Serre, 2010, p. 192). Poser la focale sur les ASH en maison de retraite rend notamment plus visibles les violences potentielles de la relation de service, et plus particulièrement de la place des femmes de ménage dans un espace marchand. Dans un second temps, nous verrons que parce qu'elles sont considérées comme moins bien dotées en connaissances, les ASH ne peuvent ni accéder aux négociations que le savoir médical autorise aux autres catégories de personnel, ni voir reconnaître les connaissances qu'elles accumulent à propos des résidents. Leur mémoire reste strictement individuelle – solitaire – et n'a pas de place dans le « pot commun » des informations légitimes échangées entre professionnels.

1. LA RÉALITÉ DU TRAVAIL

Dans l'établissement observé, les ASH – uniquement des femmes – sont presque aussi nombreuses que les aides-soignantes (respectivement 14 ETP et 15 ETP, auxquels s'ajoutent 2 ETP d'aides-médecopsychologiques (AMP)⁴). Elles sont sous la responsabilité d'une « gouvernante » et, comme elle, sont employées par une société de sous-traitance spécialisée dans le « bio-nettoyage »⁵. Les aides-soignantes sont pour leur part sous la responsabilité des infirmières, elles-mêmes sous celle de l'infirmière coordinatrice – ou, à défaut, de la directrice – et employées par l'établissement lui-même. Les chaînes hiérarchiques sont relativement autonomes l'une de l'autre : d'un côté, le « soin » (infirmières/aides-soignantes) relevant de l'établissement ; de l'autre, « l'hôtelier » sous-traité (gouvernante/ASH). Mais, dans les échanges quotidiens en bas des échelles, entre aides-soignantes et femmes de ménage, il s'agit bien d'une relation hiérarchique – peut-être

(Benelli, 2011). Les plus réticentes à l'enquête s'y sont alors ouvertes, considérant que la qualité du travail effectué à leurs côtés était une marque d'intérêt suffisante pour mériter leur aide.

4. AMP qui remplissent un rôle très similaire aux aides-soignantes dans le « Cantou », unité fermée réservée aux patients « Alzheimer ».
5. C'est cette spécialité, d'ailleurs, qui justifie la préférence des gestionnaires pour le label d'ASH alors que les employées concernées par ce statut l'évoquent comme un synonyme strict de « femme de ménage ».

en raison de la dénomination de leurs statuts, qui rappelle celle de l'hôpital – et non d'une relation médiatisée par la sous-traitance (Reyssat 2015, p. 217).

On retrouve la partition soin/hôtelier dans l'organisation de l'espace réservé aux professionnels du rez-de-chaussée. Un couloir, qui se trouve derrière une porte que l'on ne peut ouvrir qu'avec un code réservé aux employés : sur sa droite, on distingue la pharmacie et le bureau des infirmières, sur sa gauche, les locaux réservés à la branche hôtelière. On trouve de ce côté la lingerie (exploitée par une ASH), une grande pièce avec un point d'eau où sont stockés les produits nettoyants et les chariots de ménage lorsqu'ils ne servent pas à la tournée, ainsi que le bureau de la gouvernante. Les espaces de la maison de retraite qui sont réservés aux chambres des résidents sont, eux, découpés en sept zones. Chacune est attribuée à une aide-soignante et à une ASH, qui travaillent en binôme. Le matin, les ASH nettoient les chambres des résidents. À midi, une grande partie d'entre elles se rend au restaurant, situé au rez-de-chaussée, pour assurer le service à table. Elles troquent alors leur blouse pour un chemisier blanc et un pantalon noir, « plus serveuse », de manière à « démedicaliser » le moment du repas. Le programme de l'après-midi est moins formel que celui du matin : il s'agit alors de nettoyer les zones communes de l'établissement, ou encore de réaliser des tâches plus ponctuelles, comme par exemple décrocher et laver les rideaux ou « désinfecter » la chambre d'un.e résident.e décédé.e.

1.1 Le travail dans sa dimension pragmatique

Le nettoyage des chambres des résidents que réalisent les ASH le matin est, dans une mesure relative, protocolaire. Il faut d'abord changer de gants, de serpillière et de « lavettes » pour chaque chambre. On vaporise le produit de nettoyage dans la salle de bain dès l'entrée. Pendant qu'il « agit », on enlève la poussière dans la chambre. Puis on « fait le balayage humide », qui consiste à passer un premier balai. On nettoie ensuite la salle de bain, on essuie les poignées de porte et les interrupteurs, on termine par la serpillière, on pousse son chariot jusqu'à la chambre suivante, et on recommence. Ce nettoyage se réalise souvent en présence de l'occupant.e de la chambre. Il suppose par conséquent une activité relationnelle supplémentaire et implicite, comme discuter de sujets plus ou moins légers (le temps, l'époque, l'actualité, les

parcours biographiques, la famille, mais aussi, souvent, la maladie et, conversation la plus redoutée et pourtant inévitable, celle de la mort) ou mettre de la musique, danser, etc. Mais l'emploi du temps est minuté de manière aussi stricte que celui des aides-soignantes, précisant chaque changement de tâche, pause, découpant les heures de la journée selon des laps de temps chronométrés. Le temps qu'une ASH peut passer par chambre fait l'objet d'une moyenne plus ou moins explicite, de même que le temps qu'une aide-soignante peut passer à la toilette d'un résident. L'emploi du temps écrit et formel de la fiche de poste distribue trois heures pour faire le ménage d'une zone, soit dix chambres, ainsi qu'une courte pause. On dispose donc d'à peine plus d'un quart d'heure pour chaque chambre, quelle que soit la lourdeur de la conversation engagée.

1.1.1 *Cadences industrielles*

Cadre rigide et indépassable que cet emploi du temps journalier. En tant qu'observatrice participante, cette contrainte a été centrale : je n'ai jamais réussi à respecter les rythmes imposés. Ainsi, lorsque toutes les ASH et les résidents « descendaient » pour le service, il me restait généralement trois, voire quatre chambres à nettoyer. Or le fait de ne pas réussir à respecter le rythme créait plusieurs problèmes. D'abord, l'une des résidentes de ces chambres n'acceptait qu'à regret de devoir laisser quelqu'un dans sa chambre – puisqu'elle devait se rendre au repas – lorsque j'en réalisais le nettoyage. D'autre part, à l'heure du service, j'aurais normalement dû nettoyer les parties communes, dont l'ascenseur et les toilettes de la salle de vie, momentanément libérées par l'activité générale du repas. Je ne pouvais cependant pas repousser à plus tard le nettoyage des chambres restantes, puisqu'il était inconcevable que certains résidents puissent avoir terminé leur repas et regagner une chambre « non faite » pour leur sieste. Et ne pouvant faire le nettoyage des parties communes pendant le désert créé par le repas, j'étais obligée d'attendre la fin de celui-ci, puis la fin des « changes » effectués à sa suite. Le nettoyage était en outre compliqué par l'utilisation de ces parties communes par les résidents au moment où je le réalisais et prenait donc encore plus de temps – chaque après-midi, une résidente me suivait de très près et me tendait les bras avec insistance pour que je lui fasse un câlin, m'empêchant de réaliser le nettoyage des toilettes communes. Être trop lent déséquilibre ainsi toute l'architecture organisationnelle de la structure, dont les emplois du temps différentiels

s'imbriquent au millimètre, et demandent, ici comme ailleurs, la recherche d'un mode opératoire adapté (Bretin, 2011), et tenant compte du fait que le ménage doit s'incliner devant toutes les autres activités (Reyssat, 2015).

L'un des moyens pour gagner du temps consiste à diminuer le nombre de tâches effectuées. En s'en tenant à ce qui est considéré comme l'indispensable⁶ et en évitant de réaliser les tâches invisibles, il est possible de se ménager une journée moins éprouvante (et d'aller plus lentement notamment lorsqu'il fait très chaud et que le travail est physique), tout en respectant l'emploi du temps. Ainsi, une note de carnet de terrain proclame, après qu'on m'ait expliqué une autre forme de « protocole » lors d'une pause : « Retour aux chambres, une heure pour sept chambres ! Record battu » (note de carnet de terrain, juillet 2011). Cela ne se fait qu'au prix de certains risques, car les contrôles sont fréquents, et cela demande une certaine rigueur : il faut pouvoir par exemple alterner un jour sur deux les chambres dans lesquelles on fait la poussière et ne pas se tromper, car si cette tâche appartient au domaine de l'invisible en raison de sa réalisation quotidienne et systématique, deux jours consécutifs d'« oubli » la font retomber dans le domaine du visible – ce qui touche à la « tension intrinsèque entre l'éphémère et le permanent » du nettoyage (Bretin, 2011).

Mais à l'inverse, aller trop vite est tout aussi compromettant. Quelqu'un de « trop » efficace, arrivant à dégager du temps, à être en avance, sera menacé de se voir rajouter des tâches. La « gouvernante », ayant constaté que ses employées accéléraient la cadence afin de pouvoir se donner des temps de pause, considérait que ce rythme ne pouvait qu'être néfaste au « bien-être » des résidents. Ils devaient, à n'en pas douter, être bousculés, pressés, notamment à l'heure du repas – chose inacceptable. Lorsque, au cours des entretiens, les employées mentionnent elles-mêmes le fait qu'elles doivent aller vite, elles prennent soin de rappeler que leur « art » consiste justement à ce que leur vitesse d'exécution n'influe pas sur l'activité des résidents. En atteste par exemple la parenthèse que fait cette ASH au cours de son récit, qui vise à décrire la cadence vive (et la répétition, voir *infra*) à laquelle elles sont soumises :

6. Le nettoyage des sanitaires, des sols et le déblayage des miettes du petit déjeuner.

On arrive, petit déjeuner, on ramasse les petits déjeuners, on attaque les chambres, on se change vite, on descend au repas, on les sert, vite-vite – enfin « vite-vite », bon ils ont leur temps respecté à table hein? Mais – on les sert, on débarrasse, voilà, c'est... tu vois? C'est tac-tac-tac, comme ça. (Viviane, ASH).

On retrouve les deux vitesses contradictoires à l'instar de ce que souligne également Gérard Rimbart, qui oppose le « carillon » des résidents au « chronomètre » des employés (Rimbart, 2010) ou François Aubry (Aubry, 2010)⁷.

1.1.2 Répétitivité des gestes

Le temps mesuré, chronométré par tous, et savamment équilibré, c'est l'émergence par essence de l'industrialisation des tâches en maison de retraite, ce que leur répétitivité contribue également à évoquer. Les activités ménagères « à la chaîne » – ce qui vaut pour les ASH comme pour les aides-soignantes, puisque ce sont les « toilettes » successives qui sont alors pointées du doigt – délimitent, d'une certaine manière, ce qu'Anne-Marie Arborio (2012), après Hughes, définit dans son étude sur les aides-soignantes comme un sale boulot. Aux rythmes industriels, à la cadence rapide et répétitive, est d'ailleurs imputée la lassitude parfois ressentie. Lassitude qui permet également d'expliquer, selon certaines, le manque de patience, et parfois l'oubli des règles de politesse et de la consigne de « bien-être » des résidents ; sale boulot auquel on préfère, comme chez les AS (*Ibid.*) les activités « relationnelles », imprévisibles, pour valoriser sa pratique.

C'est sympa de faire le repas, je trouve. Parce qu'on les voit, on discute un peu plus. Que là, je fais que du ménage hein? C'est un peu gonflant hein, de faire que du ménage. (Jessica, ASH)

7. Mais le « manque de respect » ne se mesure pas qu'au chronomètre. Ce même reproche peut être tenu si les ASH ne changent pas de tenue, par exemple. L'épisode d'un goûter d'anniversaire pour lequel les employées avaient omis de mettre leur uniforme de service une seconde fois vers 16 h donna lieu à la fureur de la gouvernante, qui considérait le fait qu'elles aient gardé leur blouse comme profondément irrespectueux pour les résidents.

Nous, on est quand même assez robotisées, quoi. [...] Enfin pour moi, je trouve qu'on est assez robotisées. On arrive, petit déjeuner, on ramasse les petits déjeuners, [...] c'est... tu vois? C'est tac-tac-tac, comme ça. (Viviane, ASH)

Si on est moins patient, ça peut se ressentir. Des fois où c'est vraiment lourd, qu'on est fatigués, on a tendance à répondre – bon, je le dis, hein – on a tendance à répondre plus sèchement ou... [...] C'est pour ça que quand je fais 15 jours là, et 15 jours au Cantou, ben ça me plaît parce que ça coupe. On voit autre chose là-haut, on voit autre chose ici : c'est pas la routine, ça coupe. (Agnès, ASH)

Alterner pour créer de la diversité apparaît alors comme une méthode pour éviter cette lassitude, comme le mentionnent d'ailleurs souvent celles qui acceptent d'aller travailler dans le secteur fermé réservé aux « résidents Alzheimer⁸ ». Le rythme est, ainsi, ce qui semble définir le travail : une cadence ni trop lente ni trop rapide, une répétitivité des tâches formellement inscrites sur la fiche de poste, ainsi qu'une part non négligeable de travail relationnel, qui n'est jamais rendu explicite.

1.2 La dimension politique de l'emploi

L'emploi d'ASH est source de polarisation. D'un côté, elles expriment dans un langage particulièrement cru leur sentiment d'être dénigrées parce que femmes de ménage (ce qui se redouble du fait de l'être en maison de retraite), « d'être des merdes », notamment aux yeux de certains résidents, mais aussi d'une manière plus générale, lorsqu'elles disent avoir choisi cet emploi faute de mieux. De l'autre, elles en considèrent la dimension politique – un rôle dans la division sociale des tâches – parce qu'il se situe en maison de retraite. « Faire quelque chose pour la vieillesse » est décrit comme une grande source de fierté et de satisfaction.

8. Ce que la gouvernante leur laisse la possibilité de refuser, car ce poste nécessite de rester seule enfermée avec les résidents pendant que l'AMP prend sa pause déjeuner.

1.2.1 La maison de retraite, faute de mieux.

Les salaires ne dépassent pas le salaire minimal et les postes sont souvent précaires : à temps partiel et en contrat à durée déterminée la plupart du temps, les heures supplémentaires distillées dans un climat de mise en concurrence des « filles⁹ ». L'essentiel de ces femmes a connu des carrières mouvementées, et certaines disent avoir dans une certaine mesure un rapport « alimentaire » à leur activité professionnelle, ce qui est aussi vrai pour une partie des aides-soignantes. Lorsqu'on pose la question aux ASH à savoir ce qui les a amenées – il faudrait dire « poussées » – à venir travailler en EHPAD, dans leur immense majorité, elles répondent par la description de situations de grande précarité, et la « nécessité » de trouver un revenu pérenne. Il est frappant de constater la similitude des situations et des récits qui évoquent le besoin impérieux, l'injonction sociale aussi bien que situationnelle : « Il fallait que je travaille. » Il faut dire que la plupart d'entre elles, sans diplôme, et avec peu d'expériences professionnelles formelles, disent ne pas avoir pu espérer autre chose que « faire du ménage ».

Ben en fait, à l'âge de 18 ans, je suis partie de chez mes parents, et il fallait que je travaille, quoi ! (Sabine, ASH).

Ben il fallait absolument que je travaille : c'était un besoin, puisque je me retrouvais seule [après un divorce], voilà, donc il fallait que je travaille... (Viviane, ASH)

Ben parce que... parce que j'avais besoin de travailler ! Aussi bien moralement que... que financièrement, parce que j'étais au RMI... (Élisabeth, ASH)

Certaines, d'ailleurs, expriment durement les termes du compromis qu'elles font au quotidien, tandis que d'autres avouent leur espoir de « se sortir » de cette condition :

9. Les réticences exprimées par rapport à l'enquête par observation participante se sont pour partie révélées économiques : certaines ASH, qui comptent sur les remplacements pour arriver à un temps plein, ont reproché à la gouvernante de m'avoir attribué un mi-temps de manière tout à fait arbitraire, alors que les heures de remplacement étaient habituellement distribuées de manière « méritocratique », pour « gagner la coopération d'une équipe », comme le relève également Hélène Bretin (2011, p. 33). Ceci s'étant rendu visible dans les efforts déployés par la gouvernante elle-même pour me présenter non comme une « privilégiée bardée de diplômes », mais comme une étudiante au chômage, et par quelques remarques acides murmurées à mon passage les premiers jours de travail – « en plus elle va venir nous manger notre pain ».

De ramasser du pipi, c'est pas la gloire, hein? [...] C'est sûr, faire le ménage c'est pas glorieux... (Jessica, ASH)

Voilà, des fois c'est pesant... tout! Tout est pesant. Mais bon, faut venir travailler, voilà, quoi. [...] Mon ambition, c'est pas de... j'ai pas envie de finir femme de ménage, quoi. Non! J'ai 40 ans, et j'ai envie d'évoluer un petit peu plus, et puis [...] j'ai pris femme de ménage parce que voilà, c'est du boulot, faut travailler, quoi, hein? (Agnès, ASH)

Pour Céline, c'est même le regard sur sa situation qu'elle attribue à l'une des résidentes qui la pousse à imaginer faire autre chose :

Bon, tenir le balai, ça va cinq minutes, mais c'est vrai... – je dirais pas que c'est dégradant –, mais c'est vrai que [cette résidente], elle était directrice, déjà, c'est un bon grade [...] et de me voir avec des capacités comme ça, c'est vrai qu'elle se dit : « Qu'est-ce qu'elle fait là, quoi? » Donc c'est vrai que tout le temps, elle me le dit. Quand je fais sa chambre, [...] on danse toutes les deux [Céline se met à chuchoter], et elle me dit : « Céline, qu'est-ce que tu fais là? »

C'est alors plus la localisation en maison de retraite qui est importante dans l'équation, le dénigrement social de tels lieux (Ennuyer, 2006) qui se reporte sur les professionnels qui y interviennent. Ceci se redouble, dans le cas des ASH, de leur statut de femme de ménage, qui véhicule ses propres préjugés.

1.2.2 « Être une merde »

Pour les ASH, dans l'EHPAD privé à but lucratif, c'est parce que certains résidents mobilisent leur position de clients qu'ils en oublient parfois la politesse la plus élémentaire envers elles, tour à tour serveuses noir et blanc ou femmes de ménage en blouse. Cette critique qu'elles émettent se cristallise particulièrement autour des moments de repas qui, pour les résidents, sont plus facilement l'occasion d'une interprétation des situations à partir d'un registre marchand. Ces moments se déroulent en effet « au restaurant », où elles deviennent « serveuses », ce qui est renforcé par leur changement de tenue, et favorise une interprétation des situations selon des manières de dire et de faire (re) connues, qui servent de registre de discours et d'action (Livet et Nef,

2009), de connaissances partagées (Garfinkel, 2007 ; Ogien, 2007 ; Quéré, 1994). Les valeurs d'un savoir-vivre élémentaire sont parfois vécues, dans ces situations, comme bafouées par l'usage direct et peu diplomatique de la position de client.

Là, ils sont devant leur assiette, c'est leur assiette, c'est... voilà : ils nous disent « on a payé ! » donc c'est... [...] Il y en a, ils sont... à la limite du désagréable, ouais. D'ailleurs ça me fait penser à une dame [...] au moment du repas, c'était le jour et la nuit des autres moments de la journée. [...] La journée ça allait, et puis au moment du repas, c'était, très autoritaire : « Je veux ça ! » Quand il y avait plus d'eau à table, elle tapait sur la table avec le pichet, parce qu'elle avait eu l'habitude qu'on la serve et que... Il y a des fois, je trouve qu'ils perdent un petit peu le... la notion de... pas la notion ! Mais le... [...] Voilà : ils sont là, ça leur appartient ! Leur assiette leur appartient, quoi. C'est qu'ils l'ont payée, donc il faut ! » (Viviane, ASH).

[À propos d'une résidente :] Elle est hautaine... elle est... quand même, quand elle te parle, t'es... t'es... une merde, quoi ! C'est : « De l'eau ! Du pain ! » tu vois ? Moi à la limite, je préfère : « Céline, donne-moi du pain ». Même si tu me dis pas « s'il te plaît », tu me dis : « Céline, donne-moi du pain ». Mais elle c'est : « Du pain ! » Elle a pas fait l'effort de retenir ton prénom, ou... sachant que ça fait trois ans que je suis ici, quoi. » (Céline, ASH).

Dans ces cas-là, les résidents rappellent, par leurs agissements, que les professionnels – les serveuses en l'occurrence – leur *doivent* le service qui leur est rendu. Lorsque Céline remarque que depuis trois ans qu'elle travaille dans cet établissement, la résidente pourrait l'appeler par son prénom pour formuler sa demande, elle revendique une individualisation, la reconnaissance de son travail tel qu'elle l'accomplit plutôt que l'expression d'un rapport de force, d'un rapport de *classe*. En fin de compte, elle revendique là plus d'« individualisation » des employés, au même titre que l'on « individualise » les résidents.

Cette relation, qui s'instaure entre ceux qui achètent de la force de travail et ceux qui la vendent, fait expérimenter aux professionnels une position qui leur fait violemment sentir cette hiérarchie, et qui leur interdit, par ailleurs – et par le registre marchand – de rentrer ouvertement

dans le conflit. Les mobilisations de la position de clients-dominants des résidents peuvent être vécues, par les travailleurs, comme avilisantes, et comme de « la maltraitance du personnel », accentuée par son manque de *reconnaissance* (Fraser, 2011) :

Béatrice (AMP) : On parle de maltraitance de personnes âgées, mais...je pense qu'on oublie aussi la maltraitance... du...

Fabienne (ASH) : Sur le personnel, ouais !

Béatrice : Sur le personnel... On s'est fait frapper, insulter, cracher dessus... ça nous est déjà arrivé, hein ? ! Parce qu'en fait tu sais quoi ? Ils te disent : « Ben t'es payée pour travailler, quoi ! T'es payée pour être là ! » Regarde, t'as des résidents qui disent [à Fabienne] : « La femme de ménage, elle est payée pour ça ! » [fait le geste de renverser un verre].

Fabienne : Ah nous, on est vraiment les merdes, hein ! Vraiment, à tous les niveaux, hein ! »

L'usage récurrent de l'expression « être une merde » manifeste pleinement la violence ressentie de ces rapports hiérarchiques, et donc particulièrement pour les femmes de ménage, qui sont tout en bas de l'échelle. Dans cet extrait, Béatrice, qui est AMP, mobilise l'exemple des ASH pour expliquer la violence de la suprématie des clients. La brutalité de certains résidents peut prendre plusieurs formes : physique et verbale, comme symbolique. Mais l'absence de reconnaissance de l'une comme de l'autre, ajoutée à l'illégitimité d'un discours critique quant à ces agissements – les professionnelles, dans leur ensemble, ne peuvent pas répondre (Loffeier, 2015a) – renvoie les professionnelles à une position dégradée et dégradante de leur emploi. Lorsque la qualité du travail fourni par les employées est dévaluée, ce sont elles, en tant qu'individus, qui sont déconsidérées, que ce soit à travers l'évaluation négative de leur travail, lorsqu'on leur dénie la qualité d'individus, ou lorsqu'on les renvoie à leur statut de « femmes de ménage ».

Cela dit, ces comptes rendus existent corrélativement à une vision politique de cet emploi, qui s'inscrit dans le domaine de l'aide aux personnes âgées, et qui offre un levier courant de réenchancement de l'activité.

1.2.3 « Être là pour eux », une fonction sociale valorisée

Au-delà de la pénibilité du travail, physique ou morale, la plupart des ASH interrogées évoquent la fierté qu'elles ont à incarner, dans la division sociale des tâches, celles qui s'occupent des plus vieux. Nombreuses sont celles qui en effet expliquent être satisfaites de la position qu'elles occupent, parce qu'elles ont la sensation de *faire quelque chose pour les personnes âgées* en général. D'une certaine manière, leur satisfaction vient du fait qu'elles inscrivent leur pratique dans le domaine du *social*, ce qui est particulièrement valorisé.

L'année dernière, j'ai fait Noël et Nouvel An ici pour les fêtes [...]. Mais quand j'ai vu le regard de ces personnes – seules, hein ? [...] Il y a eu des pleurs aussi, mais des pleurs de joie, tu vois ? Hé ben tu te dis : « Pétard, aujourd'hui t'as passé une bonne journée, parce que t'étais là pour eux » [...] Et puis un sourire, et tu te dis que t'es là pour quelque chose. Tu leur as apporté. Et pour moi, tu vois, pour moi, c'est énorme. C'est des petits trucs, mais moi j'ai ce caractère-là, pour moi, c'est énorme, tu vois ? Je vais donner un peu de bonheur, voilà. (Elisabeth, ASH)

« Apporter quelque chose aux personnes âgées », ce qui s'appuie sur l'idée qu'elles sont socialement délaissées, faire de ces résidents des « personnes âgées », et leur « donner du bonheur », à partir de l'idée qu'elles « en ont besoin », produit de l'affectivité. Celle-ci s'observe également dans les gestes et les attitudes ; partie prenante de l'activité et pourtant absente de la fiche de poste : gestes caressants, appui de mains sur les épaules, câlins à pleins bras, ou mêmes bisous sonores, qui font l'amusement ou la « beauté » du travail.

Après tu connais plus ou moins les personnes, donc tu sais le petit mot magique qui va les remonter, un sourire, un bisou, même, si il faut, hein ? Comme on disait tout à l'heure avec Gaëlle, style Mme Blanchet qui vient, qui va te demander, tu vas pas le refuser ! Que ce soit elle ou les autres, hein, c'est pareil, hein ? ! (Elisabeth, ASH)

Lorsque Mme Moulier demande à une ASH de lui remettre son soutien-gorge, et qu'elle lui demande après coup combien elle lui doit, l'ASH lui lance « des bisous, c'est gratuit, ça ! », et lui en fait un dans la foulée (note de carnet de terrain).

La dimension affective du travail avec les résidents se donne à voir plus volontiers chez les ASH. Elles montrent en effet plus de nuances que leurs collègues aides-soignantes dans leur rapport à la « bonne distance professionnelle » qui tend à proscrire ces comportements. Certaines d'entre elles expriment l'importance de créer des relations personnelles avec les résidents. Pour elles, créer avec les résidents des liens qui reposent sur les sentiments, constitue ce qu'elles considèrent comme une réussite dans leur travail. La capacité à individualiser leur service implique alors une relation personnelle, dont l'affection participe pleinement.

Ainsi, alors que paradoxalement, travailler en maison de retraite peut n'être décrit que comme un choix par défaut, la caractéristique même d'un travail avec/pour (Laforgue, 2009) des personnes âgées est valorisée dans le même temps. Cela dit, le registre « marchand » (Boltanski et Thévenot, 1991) qui oblige à travailler pour des raisons financières reste plus prégnant, dans le compromis opéré par les ASH, que le registre « civique » (*Ibid.*) qui valorise la dimension politique de leur activité. Peut-être cela est-il imputable à leur position tout en bas de l'échelle des emplois de la maison de retraite, ce qui a des conséquences autres, et peut se mesurer à l'aune d'une comparaison aux aides-soignantes.

2. TOUT EN BAS DE L'ÉCHELLE

Au regard d'une sociologie des professions de santé, les ASH ont cela de particulier qu'elles ne constituent pas à proprement parler un groupe professionnel. Elles n'ont en effet pas suivi de formation commune, et ne disposent collectivement ni de savoirs, de savoir-faire, d'intérêts, d'idéaux ou d'histoire qui pourraient délimiter une « culture professionnelle » de groupe (Paillet, 2007, p. 195). Elles montrent, de ce fait, des manières d'incarner leur rôle plus hétérogènes que leurs consœurs soignantes. Et, si des similitudes peuvent s'observer entre ASH et aides-soignantes, il n'en reste pas moins que leur position hiérarchique dans la maison de retraite n'est pas du tout équivalente. Malgré la description de leurs tâches comme « complémentaires », une hiérarchisation claire se dessine dans la pratique aussi bien que dans les discours. Et même si, structurellement, les ASH sont employées d'une société de sous-traitance, elles sont les subordonnées des aides-soignantes, et ce, de plusieurs manières. D'abord, par leur *pratique des*

pieds (Belo, 1976) ; ensuite dans la délégation possible des tâches ; enfin dans l’oblitération de leurs connaissances ; elles représentent également la catégorie de personnel qui subit le plus fortement la régulation et le contrôle des employés de maison de retraite par les résidents.

2.1 Subordination des pratiques « des pieds » et « des mains »

Le travail des ASH est, dans sa réalisation concrète, subordonné au travail des aides-soignantes. L’emploi du temps des ASH est imposé par l’organisation du travail de « leur » aide-soignante : elles n’ont pas la maîtrise de leur parcours de nettoyage – de leur *pratique des pieds* (Belo, 1976) –, car elles ne peuvent pas faire le ménage d’une chambre avant que l’aide-soignante ne se soit occupée du ou de la résidente. Les préférences qu’elles peuvent avoir quant à l’organisation de leur travail ne peuvent pas être appliquées sans en passer par l’aide-soignante, dont le parcours régule la progression de l’ASH. Une note du carnet de terrain montre en effet que parce que je n’appréciais guère le second étage à l’heure du déjeuner en raison de son ambiance désertique (« glauque », dit le carnet de terrain), j’ai plusieurs fois tenté de modifier mon parcours de nettoyage. Mais l’aide-soignante ne souhaitant pas modifier sa planification de toilettes, je ne pouvais modifier l’ordre de mes tâches.

De manière similaire, un document proclame par exemple la « complémentarité » des « fonctions hôtelières » et des « fonctions de soin », mais cette complémentarité ne saurait être méprise pour une équité. Il décrit, autour des différents seuils temporels de la journée, les rôles de chacun pour conclure que « l’entraide entre la fonction soin et la fonction hôtelière est indispensable pour le travail à effectuer et pouvoir pallier exceptionnellement un surcroît de travail ». Dans les faits, les transferts de tâches ne se réalisent jamais que dans un seul sens : du soin vers l’hôtelier. Si l’AS n’arrive pas à manipuler un résident « trop lourd », elle pourra appeler l’ASH de la zone. Nadine, « mon » AS, me déléguait tacitement la réfection des lits – ce qui était, selon la formalisation des fiches de postes, son rôle. Et lorsque ce point, à la faveur d’un oubli, fut rendu public, c’est l’ASH que l’on reprit pour n’avoir pas fait un lit. Si les AS peuvent transférer certaines tâches aux ASH, le ménage reste la « prérogative » des femmes de ménage. Cette « complémentarité » apparaît dès lors comme une commune délégation

des tâches verticales bien plus que toute autre chose ; délégation légitime jusqu'à sa quasi-explicitation. Le travail des ASH est ainsi subordonné à celui des aides-soignantes.

Mais la délégation des tâches qui leur en attribue tacitement de nouvelles est plus étendue qu'en provenance seule des aides-soignantes. Il est arrivé par exemple que ce soient des ASH qui distribuent certains médicaments en même temps que les repas. Il faut dire, à ce propos, que la hiérarchie des postes en maison de retraite, bien que sémantiquement similaire à celle de l'hôpital, peut apparaître comme un « surclassement » (non rémunéré) en escalade. Les ASH, dans cet établissement, remplissent une partie des tâches habituellement dédiées aux aides-soignantes ou aux infirmières, et les aides-soignantes remplissent elles-mêmes une partie des tâches habituellement réservées aux infirmières. Ces dernières n'occupent qu'une place très discrète dans la maison, qui se limite le matin à la distribution des médicaments ou des piqûres, et les trouve passer l'essentiel de leur temps de présence dans la pharmacie ou dans les réunions de transmission. Là, comme ailleurs (Anchisi et Debons, 2014), les infirmières semblent particulièrement éloignées du travail au contact des résidents, et la part résiduelle de ce travail se divise entre aides-soignantes et ASH.

2.2 Savoirs et structuration sociale

Les ASH sont rendues plus « transparentes » que leurs collègues aides-soignantes, la légitimité de leur savoir n'étant pas ou peu reconnue. Bénéficiant d'un label médicalisant sans nécessairement disposer de qualifications particulières, ces dernières ne peuvent pas légitimement mobiliser des connaissances médicales pour négocier la teneur de leur travail, de leurs pratiques ou de leurs relations avec certains résidents. Alors que le personnel soignant peut lui revendiquer une lecture de la situation depuis sa compétence médicale, c'est-à-dire en justifiant ses pratiques par la mobilisation d'un savoir spécialisé, les ASH ne disposent que de très peu de moyens pour négocier dans les rapports de force avec les clients – mis à part leur indignation, et leur appel à l'arbitrage par les gestionnaires. Le cas de Madame Navarro est, de ce point de vue, exemplaire.

2.2.1 *Madame Navarro et la domesticité des « fonctions hôtelières »*

Les objectifs officiels d'amélioration des maisons de retraite se sont pour partie traduits dans un « rééquilibrage des rôles » renforçant le pouvoir des résidents face à l'établissement ou à ses employés. Le pouvoir des résidents s'exprime entre autres par un contrôle jugé légitime de l'activité des professionnels.

Mais il s'exerce de manière inégale sur leurs différentes classes. La politique d'individualisation qui permet la personnalisation des chambres s'impose, par exemple, seulement aux ASH. De ce point de vue, la chambre de Mme Navarro apparaît comme un révélateur exemplaire. Mme Navarro, au début de ma prise de fonction, ne me connaissant pas, y restait systématiquement lorsque j'en faisais le nettoyage. Elle relevait ses pieds sur son fauteuil, et arrêta son tricot pour contrôler ce que je faisais. Elle avait, beaucoup plus que tous les autres résidents de ma zone, personnalisé sa chambre. De telle sorte que sa décoration comportait des plantes, des consoles pour les supporter, ainsi qu'une multitude de bibelots posés sur des napperons et toutes les surfaces planes disponibles. Faire la poussière dans sa chambre était, de ce fait, particulièrement long et fastidieux : il fallait délicatement soulever chaque objet, l'essuyer et le remettre strictement à sa place, ne pas laisser de plis aux fins napperons, le tout sous son regard scrutateur. Pour « faire le sol », il était inimaginable de raccourcir la procédure en ne réalisant pas le « balayage humide » avant de passer la serpillière. Il fallait donc, par deux fois, déplacer tous les meubles pour balayer et recommencer pour passer la serpillière. Ce n'est qu'après que j'aie effectué ce nettoyage quotidien de fond en comble plusieurs fois sous son contrôle qu'elle s'est mise à « descendre » à l'heure où j'arrivais chez elle, montrant par là qu'elle me faisait suffisamment confiance – ne serait-ce que pour pénétrer chez elle en son absence puisqu'elle fermait consciencieusement sa porte à double tour lorsqu'elle ne s'y trouvait pas. Les chambres personnalisées, contrairement à celles, vides de tout bibelot supplémentaire (une bonne nouvelle, pour l'ASH, lorsqu'elle ouvre la porte pour découvrir un espace tristement standard et peu personnalisé), apparaissent ainsi comme un surcroît de travail du point de vue du ménage. Cependant, les « zones » des ASH sont considérées comme strictement similaires, le temps dont elles disposent le même pour toutes les chambres qu'elles nettoient. Alors que la

« lourdeur » de la zone d'une aide-soignante pourra être prise en compte dans l'organisation du travail, il n'existe pas de lecture différenciée des espaces pour les ASH.

En outre, il arrivait parfois à Mme Navarro de « faire sa poussière ». Alors elle prenait le soin de signifier à la femme de ménage qui s'occupait de sa chambre qu'elle lui « rendait service » (« Je vous ai fait la poussière », disait-elle), semant la confusion :

Mais par contre, tu vois, si tu lui demandes pas : « Vous avez fait votre poussière, Mme Navarro ? ». Si ça va être une fois, deux fois, trois fois, elle va descendre et marquer une plainte : « Ça fait deux trois jours qu'on fait pas ma chambre, nanani nanana... » Tu vois ce que je veux dire ? C'est un renversement de situation alors que elle, elle te dit : « oui je la fais, je la fais ». Alors toi, tu te dis : « c'est bon c'est fait ». C'est arrivé, ça, déjà, hein ? Une fois. Donc il faut faire super attention.

Ainsi, Mme Navarro édicte des règles particulières, mais ces règles ne sont ni explicites, ni définitives, ce qui ne l'empêche pas, pourtant, de formuler des reproches d'ordre général à l'égard des ASH uniquement. Or il se trouve que Mme Navarro est la représentante élue des résidents au Conseil de la vie sociale, rendu obligatoire par la loi du 2 janvier 2002.

[Céline me montre Louise Navarro] Un jour, on était au service, elle me dit « Je pourrais avoir deux biscottes ? » Je lui dis : « Ah vous prenez des biscottes, vous, maintenant ? », mais d'un air sur deux airs, quoi ! Ben au Conseil de vie : « Oui, elle m'a refusé des biscottes... » Et puis elle engendrait vraiment sur ça, quoi. [...] Parce que elle, elle entend tout, et elle garde tout, et elle répète tout après. [...] Même si ça a été dit d'un air sur deux airs, mais elle, elle va extrapoler la chose, et c'est vrai qu'on en prend pour notre grade, quoi. Alors que elle, elle va le mettre à sa sauce : « On a pas voulu me donner deux biscottes... » [...] Alors du coup je fais super gaffe à elle.

Dans le vocabulaire des aides-soignantes, Mme Navarro « se fait toute seule » : elle prend elle-même sa douche, et « va aux toilettes ». Elle côtoie donc simplement les aides-soignantes et sa relation avec elles n'est, de ce fait, pas une relation de service. Elle n'a donc pas de « plaintes » à produire à leur endroit. Il en va tout autrement de sa relation

avec les ASH, qui réalisent quand même le ménage de sa chambre ou la servent à table. En l'absence d'un droit de réponse, comme Céline l'exprime dans l'extrait cité plus haut, il peut être dangereux d'interagir avec elle, ce qui est un effet relativement paradoxal du Conseil de la vie sociale, qui peut, on le constate, encourager à minimiser les interactions avec les résidents. Madame Navarro ne rapporte au Conseil que ce qui la touche personnellement, c'est-à-dire le travail des ASH, qui ne disposent pas d'un droit de réponse. Les résidents autonomes, de ce point de vue, inscrivent plus que tous les autres leurs relations avec les professionnels dans un registre de la domesticité, d'autant que leurs relations de clientèle et de contrôle s'adressent essentiellement aux femmes de ménage, qui ne peuvent pas, contrairement aux AS, s'appuyer sur la détention d'un savoir spécial pour défendre leur point de vue.

2.2.2 *Nettoyer sans laisser de traces... mémorielles*

Pour cette même raison, l'absence d'un savoir spécialisé reconnu, la mémoire et le savoir que les ASH accumulent à propos des résidents n'ont pas d'existence formelle dans l'enceinte de la maison de retraite. Les cahiers de transmission institutionnalisent et fabriquent la mémoire des AS tout en assurant leur substituabilité. Mais les ASH, elles, n'ont aucune activité scripturale, si ce n'est celle de cocher quotidiennement les cases de leur fiche de poste pour valider formellement qu'elles l'ont respectée à la lettre¹⁰. Elles ne notent ni les résultats de leur travail, ni les « spécificités » de ce travail en fonction des résidents. Leur mémoire et les savoirs contextuels qu'elles accumulent ne sont consignés nulle part ; la mémoire du travail des femmes de ménage n'est contenue (et segmentée) que dans celle des individus qui réalisent le travail.

Les ASH ne doivent « normalement » pas manipuler d'éléments « sales » contenant des « déchets humains » – mais cela dépend de la normalité de leur emplacement, puisque lorsqu'ils se trouvent sur les murs, par exemple, il est entendu que c'est bien aux ASH que leur nettoyage revient. Quoi qu'il en soit, la division des tâches implique que, le matin, ce soit l'AS qui se charge d'enlever le sac-poubelle de

10. D'après la gouvernante, elles cherchent même à éviter cette unique activité scripturale en faisant disparaître les classeurs qui contiennent ces fiches de leur chariot de travail. Pas de fiche dans le chariot, pas de trace formelle de ce qui est censé avoir été réalisé.

la salle de bain ; à l'ASH d'en remettre un neuf lors de son passage. À plusieurs reprises dans la semaine, entre le passage de l'AS et le mien, une résidente avait déféqué dans la poubelle « à nu », ce qui rallongeait et compliquait beaucoup mon parcours chez elle. Avec l'AS (après qu'elle ait noté – non sans humour – dans *son* calepin mon appréciation de la « qualité » des selles), nous avons donc décidé que ce serait à moi d'enlever le sac, malgré la division des tâches officielle. Mais aucun support matériel n'existait qui aurait pu accueillir la trace-mémoire de cet arrangement entre nous, arrangement spécifique à cette résidente. Lorsque « mon » AS est partie en congé, il m'a donc fallu argumenter, justifier, et convaincre la remplaçante de la légitimité de cet accord, ce qui ne se fit pas sans quelque difficulté. Il en va de même quant aux innombrables petits « trucs et astuces », petits « tours de main » que les ASH inventent au quotidien dans leur interaction – qui plus est individualisée – avec les résidents.

Ainsi, si les ASH accumulent bien une connaissance des lieux et des personnes, celle-ci n'est pas considérée comme devant être transmise ou comme contenant des informations dignes d'intérêt. Leur mémoire reste strictement individuelle et privée, et elles ne laissent aucune trace personnalisée de leur passage.

CONCLUSION

Largement passées sous silence, les ASH fournissent pourtant un angle d'investigation particulièrement heuristique pour une sociologie de la maison de retraite et des professions de santé. À l'interface entre les différents groupes, leur présence et les spécificités de leur travail permettent de révéler l'architecture des pratiques dans leurs dimensions dialectiques. Soumises autant que leurs collègues aides-soignantes à l'industrialisation des tâches, elles se situent plus bas qu'elles sur l'échelle hiérarchique entre les groupes, et ce sont sur elles que pèse *in fine* la délégalation des tâches les plus sales, mais également une partie de l'individualisation des résidents prônée par les textes de loi. La responsabilité du sale et de ce dont on ne parle que peu, y compris dans les productions scientifiques (Anchisi, 2016), entache également la valeur qu'elles pensent accordée à leur statut et à leur travail. En revanche, la dimension politique de leur emploi, qui met en avant le rôle social qui consiste à prendre soin des plus vieux s'avère source de satisfaction et de fierté pour certaines d'entre elles et produit alors des

pratiques non reconnues. Parler de la mort avec les résidents qui l'abordent régulièrement, « apporter de la joie », accepter de réaliser des tâches normalement interdites révèle également des rapports au travail très différenciés, et peut-être surtout l'absence d'un groupe professionnel homogène, y compris par rapport à la formation et aux compétences relative à de telles tâches implicites.

RÉFÉRENCES

- Anchisi, A. (2016), « Les souillures du grand âge, entre délégation et dénégation », dans D. Memmi, G. Raveneau et E. Taïeb (dir.), *Le social à l'épreuve du dégoût*, Rennes, PUR, p.127-137.
- Anchisi, A. et J. Debons (2014), « Travailler auprès des personnes âgées dépendantes à domicile et en institution », dans C. Hummel, I. Mallon et V. Caradec (dir.), *Viellesses et vieillissements : regards sociologiques*, Rennes, PUR, p. 373-384.
- Arborio, A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2^e édition augmentée d'une préface (1^{re} éd. 2001).
- Aubry, F. (2010), « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS*, mis en ligne le 27 décembre 2010, consulté le 23 octobre 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/3291>
- Avril, C., M. Cartier et D. Serre (2010), *Enquêter sur le travail*, Paris, La Découverte.
- Belo, F. (1976), *Lecture matérialiste de l'évangile de Marc : récit-pratique-idéologie*, Paris, Cerf.
- Benelli, N. (2011), « Divisions sexuelle et raciale du travail dans un sale boulot féminin. L'exemple du nettoyage en Suisse », *Raison présente*, n° 178, p. 95-104.
- Boltanski, L. et L. Thévenot (1991), *De la justification : les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- Borzeix, A. et M. Maruani (1982), *Le Temps des chemises. La grève qu'elles gardent au cœur*, Paris, Syros.
- Bretin, H. (2011), « Nettoyer, c'est négocier », *Communications*, n° 89, p. 27-40.
- Ennuyer, B. (2006), *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod.
- Fraser, N. (2011), *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Paris, La Découverte.
- Garfinkel, H. (2007), *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF.
- Laforge, D. (2009), « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n° 4.

- Livet, P. et F. Nef (2009), *Les êtres sociaux : processus et virtualité*, Paris, Hermann.
- Loffeier, I. (2015a), « La “norme de sollicitude” jusqu’à l’oubli de soi dans la prise en charge des résidents de maison de retraite », *SociologieS*, mis en ligne le 29 mai 2015, consulté le 08 novembre 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/5002>.
- Loffeier, I. (2015b), *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d’existence et de travail en maison de retraite*, Paris, PUF.
- Ogien, A. (2007), *Les formes sociales de la pensée : la sociologie après Wittgenstein*, Paris, Armand Colin.
- Paillet, A. (2007), *Sauver la vie, donner la mort : une sociologie de l’éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute.
- Prévoit, J. (2009), « L’offre en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Études et résultats*.
- Quéré, L. (1994), « Présentation », dans B. Fradin, L. Quéré et J. Widmer (dir.), *L’enquête sur les catégories : de Durkheim à Sacks*, Paris, Éd. de l’EHESS.
- Reyssat, F. (2015), *Dominations et résistances au travail. Enquête sur l’expérience corporelle des ouvrières et ouvriers du nettoyage*, Thèse de doctorat, Paris Diderot.
- Rimbert, G. (2010), *Vieillards sous bonne garde : réparer l’irréparable en maison de retraite*, Broissieux, Éd. du Croquant.

CHAPITRE DEUX

Se gouverner : la hiérarchie interne des aides-soignantes gériatriques

Fanny Dubois et Guy Lebeer

Dans la hiérarchie hospitalière, les aides-soignantes occupent la position la plus basse. Le maintien de cette hiérarchie est assuré par un ensemble de processus de subjectivation (Foucault, 1984), c'est-à-dire de processus qui façonnent les subjectivités des aides-soignantes par l'intériorisation des normes de pouvoir régissant le contenu et la répartition des tâches. Ce sont ces processus de subjectivation qui font l'objet de cet article.

Cette subjectivité de l'aide-soignante se construit progressivement au cours d'une carrière, au gré de nombreuses mises à l'épreuve de ses conceptions morales du métier. Et cette construction, comme nous allons le voir, donne lieu à la constitution d'une hiérarchie informelle parmi les soignants qui reproduit et renforce la hiérarchie instituée, plutôt qu'elle ne la conteste.

Chez Foucault, dans une institution telle l'hôpital, on peut lire les rapports de pouvoir à travers les interactions les plus quotidiennes, les expressions émotionnelles, les expériences corporelles... Selon cette lecture du pouvoir, des prescriptions de conduites sont inscrites dans les situations ordinaires de travail et celles-ci sont le vecteur par lequel ces prescriptions sont transmises de professionnel à professionnel. Cet exercice du pouvoir peut être désigné comme procédant par « microprocessus » informels, c'est-à-dire ne supposant plus l'intervention d'un pouvoir formel clairement identifié (Foucault, 2001 et Lebeer et Moriau, 2010). Cet article se propose d'exemplifier ces microprocessus, proprement politiques, au cœur de la pratique d'une aide-soignante en gériatrie.

Nous avons choisi de traiter de certaines des épreuves morales auxquelles les aides-soignantes sont confrontées quotidiennement, celles qui ont trait au rapport au dégoût, au contrôle des émotions et à l'éthique de la relation au patient. Ces trois moments où le sujet soignant se construit ne sont pas à considérer de manière distincte, ils s'interpénètrent, se contredisent parfois, mais le travail d'écriture exige qu'ils s'analysent de manière séparée. Cet article rend compte de ces trois lieux. Il examinera pour chacun d'eux les logiques de hiérarchisation informelle ou interne aux aides-soignantes qui s'y fabriquent. Nous examinerons comment la symbolique des dégoûts, le répertoire des émotions attendues et le traitement de certaines questions éthiques concourent aux mécanismes de pouvoir au sein de l'hôpital. Mais nous verrons aussi s'élaborer ici et là des formes de solidarité au fondement de manifestations de résistance au modèle politico-éthique dominant.

Pour comprendre la construction de la subjectivité des soignants, qui passent par ces microconstructions, il a été fait appel à l'observation participante. Fanny Dubois était une aide-soignante au moment de l'étude. Parallèlement à ses études de sociologie, l'étudiante a d'abord suivi la formation d'aide-soignante en Belgique et a ensuite été engagée à temps plein dans un service de gériatrie aiguë d'un hôpital bruxellois. La gériatrie aiguë a comme caractéristique que l'on y soigne des patients fortement dépendants, souffrant souvent de polyopathologies, ce qui alourdit la charge de travail physique et psychique des aides-soignantes. Une partie de ces patients sont encore inscrits dans un processus thérapeutique, une autre partie dispose d'un statut NTBR, ce qui signifie qu'il ne faut pas les réanimer (Not To Be Resuscitated); enfin, une troisième est prise en charge en soins palliatifs, c'est-à-dire que le patient ne bénéficie plus d'un traitement curatif, mais d'un accompagnement de fin de vie et d'une médication contre la douleur. Certains patients viennent de leur domicile, d'autres vivent en institution d'hébergement gériatrique ou sont dans l'attente d'y accéder. Le caractère moins technique de la gériatrie et la demande élevée en soins du quotidien (toilettes, aide à l'alimentation, changes du linge...) font que le corps de métier des aides-soignantes y est plus représenté que dans les autres services. La description que la sociologue aide-soignante nous livre ici prend corps à l'intérieur des situations, sur sa « feuille de soin » et dès la sortie de l'hôpital dans ses carnets ethnographiques. La plupart

des situations analysées dans le texte sont habituelles, d'autres plus exceptionnelles comme celles qui seront abordées à propos de la question éthique.

Le texte qui suit se propose de suivre les aides-soignantes dans trois types d'épreuves contribuant à leur socialisation/subjectivation et pérennisant les hiérarchies à l'œuvre. Il empruntera beaucoup au style du carnet de terrain et s'appuiera sur nombre d'observations qui en seront extraites.

1. RÉPARTIR LES TÂCHES SUR LA BASE DE LA SYMBOLIQUE DES DÉGOÛTS

Le moment de la « transmission ciblée » est un moment où les infirmières s'échangent les données objectives de chaque patient telles que les causes médicales de l'hospitalisation, le volume d'élimination, l'état du sommeil... Différents besoins, dits universels, sont mesurés à l'aide d'échelles, et sont évalués quotidiennement par les infirmières.

Décembre, 7 h : J'ai pris place à la petite table basse où mes consœurs ont l'habitude de s'installer lors de ces réunions formelles. Mes supérieures infirmières quant à elles s'asseyent autour de la table principale. De temps en temps, une infirmière se retourne vers une aide-soignante pour récolter des données relatives à l'alimentation ou à l'élimination. L'aide-soignante la plus impliquée pourra donner un avis plus subjectif à partir de ce qu'elle sait du patient. Une sonnette retentit. L'infirmière-chef me donne l'ordre d'aller répondre. J'arrive dans la chambre 4. La patiente, l'air gêné, me demande le bassin en s'excusant. Je sors, enfle une paire de gants, rentre à nouveau. Pour ne pas déranger une autre collègue, je tente de retourner seule le corps alourdi par la paralysie. Je glisse le récipient métallique sous le corps que je recouvre d'une couverture pour que la patiente puisse garder une once d'intimité. En passant la porte, je jette les gants et enduis mes mains de solution HA. Je retourne alors prendre connaissance de la « transmission ». Cinq minutes passent, la même sonnette retentit, je repars voir la patiente. En entrant dans la chambre, l'odeur agresse mon odorat, j'agrippe à bras le corps le corps nu et tremblant et récupère le récipient. Je l'amène jusqu'à la salle de bain, le moindre faux mouvement pourrait

provoquer une catastrophe. Vider le contenu dans les wc et laver les résidus qui s'accrochent est la tâche que je supporte le plus difficilement. Je dois systématiquement dompter mes remontées gastriques. Je veille à ce que la patiente soit bien installée, celle-ci me remercie dans tout son malaise d'être dépendante. Je lui souhaite une bonne fin de nuit. Je rejoins mon équipe après m'être lavé les mains. Mes collègues me demandent si ça va, je réponds : « la routine ». (Notes d'observation)

Lorsque la transmission du rapport est terminée, l'infirmière-chef prend le relais. Elle inscrit dans son cahier les numéros de chambre au regard de différents critères : toilettes complètes à deux (voire à trois quand le patient est très lourd), toilette complète, aide complète, aide partielle. Sur la base de cette différenciation dans les profils des patients, elle répartit la charge de travail entre les aides-soignantes. Le caractère positiviste de cette échelle de mesure entend permettre une distribution « égalitaire » du travail entre les travailleuses, mais réalise ainsi l'occultation de tâches particulières. Ce mode de répartition du travail peut être vécu comme injuste par les aides-soignantes dont l'expérience pratique constitue au fil du temps des savoirs sur les patients que l'infirmière-chef n'est pas en mesure de développer depuis son bureau. La loyauté envers l'infirmière-chef joue pour beaucoup dans la répartition des « mauvais patients » (Vega, 2000), ceux qui exigent le plus lourd investissement tant physique que psychologique, mais aussi ceux qui inspirent le plus de dégoût. Celles qui ont déjà reçu un avertissement de leur supérieure ne seront pas épargnées.

Cette répulsion de la « matière » qui organise la répartition des tâches s'articule à un imaginaire moral et politique qui distingue le sale du propre, la mort de la vie, le laid du beau, le corps de l'esprit. Les mouvements hygiénistes qui visent à contrer les maladies nosocomiales à l'hôpital ont renforcé le « processus civilisationnel » (Elias, 1973) de mise à distance de la matière contaminée et donc des excréments que les aides-soignantes sont chargées de nettoyer. Si les aides-soignantes tentent tant bien que mal de se décharger du « sale boulot » (Hughes, 1951) qui inspire le dégoût, une grande partie de leur travail consiste à transgresser cette frontière symbolique. Elles doivent bien, le plus souvent, supporter l'insupportable en manipulant ces matières repoussantes que sont les excréments, les morts, les escarres suintantes, la nudité de l'autre... Pour se protéger de cette menace identitaire

supportée par la vérité hygiéniste, elles développent des conduites de mise à distance, lorsqu'elles se lavent les mains au savon ou à la solution hydro-alcoolique jusqu'à abîmer leur épiderme, lorsqu'elles enfilent jusqu'à deux paires de gants pour s'assurer qu'un trou ne provoque pas le contact de la peau avec la matière excrémentielle, lorsqu'elles grimacent dans les situations physiquement trop pénibles. Ces dispositifs de mise à distance, davantage observés dans les conduites des aides-soignantes les plus jeunes (et en particulier de la chercheuse), viennent justifier la répartition sociale et symbolique du « sale boulot ». Par ces conduites quotidiennes de mise à distance, elles témoignent du stigmate qui constitue leur identité professionnelle, tout en l'intériorisant sans cesse davantage. Et elles infériorisent les collègues de même rang qui se situent en marge de la vérité hygiéniste. Par exemple, certaines parlent de perversion quand l'une d'entre elles se propose pour laver un mort. « Comment peut-on aimer faire ça ? », se demandent trois soignantes lors d'une conversation. « On le fait parce que c'est notre métier, le protocole, mais on ne peut pas en éprouver du plaisir ! ». On observe alors des formes de désolidarisation entre soignantes autour de la symbolique du dégoût. Elles ne font ainsi que confirmer le stigmate, celui-là même qui participe à leur infériorisation en tant que groupe professionnel.

2. LE CONTRÔLE DES ÉMOTIONS OU LA BONNE DISTANCE PSYCHOLOGIQUE

Selon les manuels du métier, il est indispensable de conserver « la bonne distance » avec le patient, c'est-à-dire n'être « ni trop proche, ni trop éloigné ». Cette distance psychologique permet de « ne pas être affecté soi-même » par les souffrances du patient, tout en conservant un « minimum d'humanité ». Ce cadre normatif interprète tout comportement trop affectif comme menaçant pour le bien-être personnel du soignant, et tout acte plus agressif comme ne répondant pas à l'universelle empathie normalement présente dans toute relation humaine. Cette gestion des émotions répondant à « la bonne distance » prescrite par le contexte de travail oscille entre la « désaffection raisonnable » et « l'exigence empathique ». Ces deux références normatives sont au cœur des épreuves de subjectivation de l'aide-soignante et dessinent une échelle hiérarchique des modalités d'expression émotionnelle et donc de présentation de soi, échelle qui discrimine les soignants entre eux.

2.1 La désaffection raisonnable

Entre le moment du trépas et le cercueil, le corps passera par plusieurs étapes. La première consiste à le laver. Le relâchement des muscles, dépourvus d'oxygène, provoque parfois l'expulsion des liquides biologiques en dehors du corps. L'aide-soignante doit alors le rendre plus présentable et bouche les orifices de manière à ce qu'il garde une certaine esthétique jusque dans la tombe. La mâchoire tombée est retenue par un bandage. Quand les yeux ne se referment pas, une colle spéciale est appliquée pour que le mort ait l'air endormi. Celui-ci est vêtu d'une blouse bleue d'isolement, jetable.

Mai, 10 h : Je me demande toujours pourquoi le protocole impose ce tissu impersonnel. La conduite de ma collègue conserve une neutralité impressionnante, ses gestes saccadés sont rapides : elle retourne le corps, change les draps, le retourne une deuxième fois, couvre le défunt d'une couverture, tend les plis qui persistent, amène les poubelles, fait le tri entre les déchets et les linges souillés, embarque tout le matériel pour vider la chambre, jette un dernier regard et un petit sourire au défunt, se passe les mains à la solution hydro-alcoolique, sort en proposant à la famille de se recueillir. Quant à moi, je m'enferme dans les toilettes, me passe un peu d'eau sur la nuque en me demandant comment les autres arrivent à garder un tel sang-froid face à la mort. (Notes d'observation)

Cette rationalisation du contact humain entend maintenir le soignant à l'écart de l'histoire de la fin de vie de la personne âgée, l'histoire de sa solitude le plus souvent. Les aides-soignantes font leur cette rationalisation neutralisante et évitent ainsi d'avoir à se confronter à cette solitude. Les infirmières palliatives sont parvenues à faire reconnaître dans l'institution hospitalière le manque d'humanité face à la mort, et à obtenir d'y porter remède. Leur mouvement de revendication visant à la reconnaissance professionnelle d'une expertise du soin adressé au sujet mourant a parfois débouché sur la disqualification à la fois des soignants « ordinaires », ceux donc qui n'étaient pas considérés comme experts dans ce domaine, et des patients qui ne répondaient pas aux critères de la « mort héroïque » (les patients déments ne peuvent pas encore intégrer les unités palliatives). Pour les aides-soignantes, ce mouvement n'a eu pour principal effet que d'approfondir les

mécanismes de domination déjà opérants, constitués sur la base de la rationalité savante. Les aides-soignantes non reconnues comme expertes, c'est-à-dire comme capables de prendre soin de l'autre dans des situations telles que la mort ou la solitude de la vieillesse, ont intériorisé cette « incapacité », pour mieux se décharger de ces tâches, au nom précisément du principe de la « désaffection raisonnable ».

Une conduite qui ne se conformera pas à cette dispense morale sera interprétée comme un manquement psychologique à la règle de se mettre à distance de la souffrance de l'autre. Se constitue ainsi une hiérarchie interne où les membres du groupe des aides-soignantes se désolidarisent de celle qui témoignera d'une trop forte proximité avec le patient. Tel a été le cas lorsqu'une aide-soignante qui a fondu en larmes à l'annonce de la mort d'une patiente, lors d'une transmission, a reçu un avertissement de la part de l'infirmière-chef pour manque de professionnalisme. Elle devait apprendre à « canaliser ses angoisses ». Interpréter la souffrance soignante en la rapportant sans reste à l'angoisse individuelle revient à nier la violence institutionnelle dans laquelle les soignants sont pris. C'est penser que l'individu est autonome dans sa vision du monde et révèle des symptômes pathologiques dès lors qu'il ne se conforme pas à l'ordonnement social et moral constitué par le groupe. La psychologie comportementaliste, calquée sur le modèle objectiviste de la médecine, participe des politiques de l'émotion et donc de la hiérarchie interne au groupe des soignants. Dans la situation ici en question et plus largement dans ce contexte de travail, la catégorie de « l'angoisse » construite par le modèle comportementaliste s'avère particulièrement opérante. C'est ainsi que le modèle d'organisation du travail qui intègre la psychologie comportementaliste et les « ressources humaines » comme outils de contrôle social met en œuvre des épreuves de subjectivation par lesquelles se renforce le contrôle de soi dans l'expérience émotionnelle et se constitue la hiérarchie interne au sein des aides-soignantes. Ce ne sont pas les aptitudes – celles par exemple à se sentir proches d'un autrui qui souffre – qui commandent la division du travail, mais l'inverse, la division du travail qui, par la rationalité qui fonde la hiérarchie dominante, décide des aptitudes – celles de se maintenir à distance de cette souffrance.

Lorsque l'aide-soignante est considérée par ses conduites comme « trop sensible », c'est la « force de résistance » de l'individu « au contexte de travail difficile » qui est remise en cause et non le contexte

de travail lui-même. L'individu accepte alors ce verdict de vulnérabilité et, par la voie de la victimisation, tente de se « faire aider » par un expert ou se voit parfois dans l'obligation de « se mettre en *burn-out* ».

Septembre : C'est l'heure de la pause de 10 h, le couloir est vide. Les chariots ne sont pas encore rangés, ce qui indique que certains patients ne sont pas encore lavés ou n'ont pas reçu leurs médicaments. L'infirmière-chef n'est plus à son bureau. Le téléphone sonne, je décroche, c'est une collègue du service que j'ai au bout du fil. Je demande : « Ça va ? Alors, clouée au lit ? » « Heu pas vraiment, dis tu diras à la cheffe que j'ai un certificat jusqu'à la fin du mois ? » « Oui ok, mais rien de grave j'espère ? » « Ben c'est pas une maladie habituelle, je n'en peux plus en fait, c'est plutôt un burn-out, tu vois ? » « Heu, oui, je comprends..., courage, on pense à toi. » Moi qui pensais qu'elle était bien la seule d'entre nous à « aimer » venir travailler. Elle tutoie les patients et se présente à eux par son prénom. Quand nous allons chercher un patient à la salle de réveil, les yeux de celui-ci s'illuminent en apercevant le visage de cette aide-soignante. Elle noue de fortes complicités avec les patients et accepte de leur faire la bise avant qu'ils s'endorment, ce qui peut être considéré comme suspect. Les collègues considèrent qu'elle n'a pas été assez forte, n'est-ce pas nous qui l'avons exclue en raison de sa manière de soigner les patients ? Les techniques du corps de cette soignante sont considérées par la plupart des membres de l'équipe comme archaïques et repoussantes. « Regarde, on se croirait au Moyen-Âge, elle n'utilise même pas de gants ! » Elle s'impliquait dans son travail et assumait cette implication, ce qui était décrédibilisé par le reste du groupe. (Notes d'observation)

On voit bien ici à quel point la norme psychologique se double d'une norme morale, l'accusation de l'incapacité psychologique à tenir la bonne distance s'assimilant à celle d'un défaut moral. Cette norme psychologique/morale permet de se garder de réfléchir aux raisons proprement structurelles – des conditions de travail peu en cohérence avec une démarche empathique – qui ont poussé cette aide-soignante à « se mettre en *burn-out* ». Ses collègues ont intériorisé ce principe de mise à distance psychologique au point de se désolidariser de celle qui propose une approche différente. Dans ce contexte, les conduites qui résistent aux recettes rationnelles de la psychologie hospitalière ne sont

pas vues comme des propositions à la création d'un autre monde, mais bien comme relevant d'un manquement dans les capacités du sujet à se « désaffecter » en gardant « la bonne distance ».

2.2 « L'exigence empathique »

Inversement, cette bonne distance soumet l'aide-soignante à l'exigence de l'empathie. Sa position dans la hiérarchie formelle implique des attentes particulières à son égard sur ce plan. Ses supérieurs hiérarchiques, les familles, mais aussi les « experts du soin » soumettent les aides-soignantes à l'obligation de faire la preuve d'une compétence empathique. Cette prescription oblitère l'expérience violente et humiliante que provoque la confrontation à un être qui inspire du dégoût. Les mécanismes de neutralisation que mettent en œuvre les aides-soignantes pour se protéger – l'humour, le rire et d'autres pratiques pour « tenir le coup » –, sont bien souvent interprétés par les acteurs extérieurs au groupe et parfois par les membres du groupe lui-même comme relevant de la maltraitance soignante.

Février : il est 18 h, nous faisons les tours des changes, je termine cette journée de douze heures difficilement. La fatigue me gagne, (...) je décompte les minutes. Ma collègue est déjà dans la chambre 1, elle pousse un soupir, je la rejoins : « Que se passe-t-il ? Ho non... Pas encore ! ». Comme à son habitude, (...) l'homme est recouvert de ses excréments, de la tête aux pieds. Dans ce genre de cas, nous devons entamer en pleine soirée ce que nous avons déjà fait le matin : toilette complète, changer l'entièreté des draps, faire en sorte de ne pas vomir le repas que nous venons d'avalé, extraire les objets sales dans le vidoir... Nous nous mettons à la tâche en sachant qu'une vingtaine de patients attendent encore d'être changés. Entre-temps, la famille arrive, ma collègue lui demande d'attendre dehors. Je continue le travail machinalement sans faire attention aux regards discrets de la fille du patient à travers le hublot de la porte. Je dois certainement faire les grimaces qui signalent les sentiments de répulsion que nous éprouvons lorsque nous sommes en relation avec les déjections, car une fois sortie de la chambre, la fille du patient m'interpelle pour souligner mon manque de professionnalisme. (Notes d'observation)

Dans ce genre de situation, certaines soignantes développeront parfois des conduites déshumanisantes par rapport au patient et s'étonneront de ne pas pouvoir mettre en pratique l'universel empathique qu'elles ont pourtant bien intégré. L'aide-soignante qui intériorise ce présumé de l'empathie dans le soin croit « parce qu'elle a vocation de soigner, (...) devoir supporter ce que personne d'autre ne saurait accepter sans sourciller et, n'y parvenant pas, en éprouve de la culpabilité » (Perraut Soliveres, 2001, p. 156). Se constitue alors une hiérarchie informelle qui, sur la base de cet universel empathique, distingue entre elles les aides-soignantes qui l'appliquent tant bien que mal, de celles qui rencontrent, comme tout être humain ordinaire, des difficultés à mettre en œuvre ce principe quand la confrontation aux dégoûts est trop violente.

Le contrôle social qu'autorise la vérité empathique s'opère dans le rapport du sujet à lui-même, à travers la culpabilité qu'il éprouve d'avoir pratiqué ce que l'institution définit comme de la maltraitance. Ceci constitue un bel exemple de l'intériorisation des mécanismes de domination. La honte de soi est impliquée dans les sentiments de répulsion éprouvés envers l'autre qui n'a plus le contrôle de lui-même, ni même honte de sa propre dégradation. Que le patient ne témoigne pas de la gêne attendue de la part d'un sujet humilié est d'autant plus perturbant pour l'aide-soignante. Elle a envie de le lui reprocher et peut parfois devenir agressive. Cette agressivité peut être interprétée par l'observateur extérieur comme un manquement dans ses capacités à établir la bonne distance entre elle et le patient. Ne témoigne-t-elle pas qu'elle reste un être humain avec une sensorialité qui peut parfois elle-même se sentir agressée ?

Nous l'avons vu, un cadre institutionnel impose que les aides-soignantes soient chargées du sale boulot. En acceptant de s'y soumettre, elles reproduisent elles-mêmes les mécanismes de domination en reléguant les tâches ingrates à certains membres de leur groupe. Ce principe de mise à distance de ce qui est sale entre en contradiction avec le principe empathique dont nous venons de faire état. Tout en s'assurant d'établir la distance avec les matières repoussantes qui constituent leur objet de travail, elles doivent faire respecter la règle du sentiment dictée par la politique de l'empathie, qui peut à tout moment la suspecter de maltraitance. Comme pour le principe de la « désaffection raisonnable »,

celui de « l'exigence empathique » ne suscite pas davantage la réflexivité sur les raisons structurelles qui ont poussé une aide-soignante à s'oublier à un point tel qu'elle en devient déshumanisante.

En regard de « la bonne distance », une échelle normative, psychologique, se met en place au sein du groupe des aides-soignantes. Comme nous l'avons vu, l'aide-soignante « trop sensible », qui noue des liens trop étroits avec le patient, sera remise en cause dans sa qualité de soignante jusqu'à ce qu'elle accepte cette « défaillance professionnelle » pour se mettre en *burn-out*. Autre exemple, celle qui « s'emportera » lors d'une situation qu'elle considère comme injuste sera étiquetée comme « colérique » par ses collègues. Tel a été le cas lorsqu'une aide-soignante, révoltée, a refusé d'interrompre sa tâche pour répondre à un ordre considéré comme injuste. La colère qui survient dans cette situation est alors considérée par les membres du groupe comme un défaut de personnalité du soignant plutôt que comme une ouverture à la résistance collective. Dans ces cas, le contrôle s'exerce à travers le rapport qu'entretient la soignante avec elle-même, ici les sentiments de honte et de culpabilité. Ainsi le rapport à soi peut être analysé à la fois comme le résultat et comme un opérateur fort des processus de hiérarchisation interne.

Enfin, l'humour et l'ironie sont des émotions constamment engagées par les aides-soignantes. Le rire est une manière de prendre distance avec la symbolique des dégoûts, ce qui permet de conserver un sens « malgré tout » à cette pratique professionnelle marginalisée. Les « non-initiés » comprendront difficilement que des soignantes en viennent à rire tout en lavant un corps mort ou en changeant un patient dément. Ces mécanismes de subversion permettent pourtant bien souvent de « tenir le coup » tout en renouant des liens entre les membres du groupe. Le rire est donc plutôt une dimension du registre de l'émotion qui rassemble les membres du groupe. Ces mécanismes de subversion ne constituent pas pour autant une résistance collective à la domination. Ils fonctionnent plutôt à la manière de soupapes de sécurité identitaire que seuls ceux qui doivent quotidiennement travailler dans ces lieux semblent en mesure de comprendre.

3. LA QUESTION ÉTHIQUE

Nous l'avons vu, les aides-soignantes sont parfois suspectées de conduites maltraitantes, c'est-à-dire relevant d'une violence considérée sans ambiguïté comme illégitime.

Mars : j'arrive dans la chambre d'un patient dément. Il a arraché plusieurs fois sa sonde gastrique qui conduit les éléments nutritifs prédigérés directement dans son estomac. Il montre sans voix mais clairement qu'il déteste cette sonde et veut s'en débarrasser. Son statut de dément empêche que l'on prenne son désir manifeste pour une volonté autonome. Les infirmières, ne supportant plus de devoir constamment réinsérer la sonde, ont demandé l'accord du médecin pour que le patient soit attaché aux barreaux du lit. Le médecin appose sa signature sur le document qui autorise la contention car sans cette sonde, le patient dont il a la responsabilité décèdera. J'accepte l'ordre donné par mon supérieur et vérifie que la sangle est bien nouée même si le patient m'implore de l'enlever. (Notes d'observation)

Dans ce contexte, la raison médicale éteint toute question éthique que cette décision pourrait pour le moins soulever, car le médecin peut scientifiquement démontrer l'intérêt de la sonde gastrique pour la survie du patient. Et cette oblitération de l'éthique se trouve favorisée par le diagnostic de démence.

Octobre : Je suis appelée par une collègue infirmière pour l'aider à effectuer une collecte d'urine en vue d'un examen. La dame hurle, elle ne comprend pas ce qu'on lui veut. L'infirmière, l'air embêté, s'excuse à maintes reprises tout en enfonçant le tube dans le méat (...) Le corps est rempli d'œdèmes, comme le sont souvent les corps en fin de vie, lorsque les reins, vieillis, ne peuvent plus évacuer les liquides biologiques. «Je sais qu'elle va mourir ici, ça c'est vraiment dur, faire des choses qu'on n'a pas envie de faire et surtout quand on sait qu'elles sont inutiles», me confie ma collègue. Je lui réponds que «c'est évident, (...) ce n'est pas normal qu'on nous impose d'être aussi violentes alors que ça n'a pas de sens pour nous...», tout en tenant les jambes de la patiente agitée. Lors de l'examen des urines, une infection sera détectée et la patiente sera transférée dans une chambre d'isolement, quelle

incohérence ! Alors qu'elle est déjà dans le service depuis un mois. Elle mourra dans cet isolement avec pour compagnie la famille vêtue des camisoles bleues. (Notes d'observation)

De manière informelle, les aides-soignantes s'accordent entre elles pour la bonne mise en pratique de l'ordre médical même s'il est vu par le patient, sa famille, l'aide-soignante elle-même parfois, comme violent. Aussi légitime que soit cette violence au regard de la raison médicale, les soignantes n'en éprouvent pas moins de la culpabilité à faire mal. Cette culpabilité est renforcée lorsqu'elles pressentent que le patient ne sortira pas indemne ou vivant de l'acte thérapeutique. Ce sentiment est rivé à une éthique constituée dans le travail de la relation au patient qui engage le corps et pas seulement la raison positiviste, raison qui occulte ces savoirs construits au cœur de l'expérience pratique des travailleuses de terrain.

Contrairement à la culpabilité liée aux dégoûts, qui se vit le plus souvent dans la solitude la plus profonde, celle qui est attachée au fait de faire mal en réponse à une injonction médicale est souvent partagée entre collègues. La culpabilité n'est pas ici l'outil du contrôle social, mais un sentiment qui ouvre un lieu de discussion entre les travailleuses de rang inférieur. Cette prise de conscience collective des effets violents de la hiérarchie hospitalière n'entraîne pas pour autant de résistance pratique, ou alors très rarement et toujours dans l'ombre. Ce qui pose question n'est pas la conscience ou non de la domination médicale, mais le processus par lequel les soignantes se sentent dans l'incapacité d'agir collectivement à l'encontre de cette domination. La mise en pratique d'une telle résistance ne se donne en effet que très rarement à observer. Il arrive cependant que l'aide-soignante confie à certaines de ses collègues l'une ou l'autre initiative de transgression de l'ordre médical.

Octobre : La dame du lit 3, 99 ans ne sait plus avaler les aliments, les médecins ont pris la décision de gaver la patiente par le biais d'une sonde naso-gastrique. Rebelle et dans l'incompréhension de ce que vient faire ce tuyau à l'intérieur de son corps, la patiente l'a maintes fois arraché, raison pour laquelle mes supérieurs veulent que je l'attache. (...) Jugée à risque de fausse déglutition, elle ne peut plus être hydratée par la bouche. Ça la perturbe, sa bouche s'assèche, nous faisons des bains de bouche au bicarbonate. Infect ! Sa fille commence à bien me connaître, je passe le bout de mon nez toutes les demi-heures, elle me questionne : « Vous

êtes sûre que nous ne pouvons pas lui donner quelques gorgées d'eau, vraiment vous n'imaginez pas ce que c'est que de voir sa maman dans un tel état de souffrance, j'ai beau essayer d'écouter les médecins, elle semble tellement plus triste au fil des jours (...), elle me demande de rentrer à son home, je suis perdue...». *Je comprends cette dame, soumise comme nous à devoir respecter les protocoles qui ne font pas sens. (...) je passe vérifier la couleur du visage de la vieille dame, encore une fois elle me réclame «à boire !», je prends les bâtons de bicarbonate, elle s'empresse de les recracher. Les yeux humides, elle est épuisée des efforts qu'elle fait pour se faire comprendre. Une seringue est posée sur la table de nuit, pendant l'instant d'une seconde, j'imagine la jouissance que pourraient lui procurer quelques gouttes. Consciente des risques que je vais prendre (j'entends encore la logopède m'énumérer tous les risques mortels liés à la fausse déglutition), par petites pressions, je déverse quelques millilitres d'eau fraîche dans sa gorge. La dame me serre la main avec une telle force de reconnaissance que je suis assez fière d'avoir été à l'encontre de l'ordre médical, elle répète «Bon, bon, bon», en opinant de la tête.* (Notes d'observation)

Cette transgression permet de retrouver un rapport à soi plus valorisant. Si elle est assumée parfois avec des collègues de même rang, elle ne débouche pas pour autant sur un véritable renversement dans la normativité des soins. La hiérarchie informelle, à travers laquelle les membres du groupe se contrôlent entre eux peut néanmoins, même si c'est rare, être bousculée par une travailleuse engagée. Quelques témoignages ont rapporté de telles pratiques transgressives de la part de certaines soignantes lorsqu'elles jugeaient que leur ordre éthique répondait mieux à un questionnement situé que l'ordre scientifique dominant. Un savoir réflexif d'ordre éthique se noue alors à un savoir pratique, en situation, c'est-à-dire sur un plan local, le local n'étant pas entendu ici comme à petite échelle, mais comme s'opposant à un «modèle général ou consensuel» (Stengers, 2009, p. 17). L'acte de connaissance situé assume alors toute sa complexité et sa perplexité, s'agissant «d'entendre, autant que faire se peut, la complexité des situations, jamais réductible à une seule raison» (Perraut Soliveres, 2004, p. 263). Et cet acte de connaissance passe notamment ici par la reconnaissance des contradictions que la décision médicale peut

provoquer au cœur de la subjectivité soignante. Une ouverture au partage égalitaire des savoirs pratiques et réflexifs est alors éventuellement possible, entre soignantes et aussi, pourquoi pas, avec le corps médical.

CONCLUSION

Cet article a cherché à montrer comment la hiérarchie hospitalière s'organise à partir de trois régimes de vérité¹ : la vérité hygiéniste, la norme comportementaliste de la « bonne distance » et la rationalité biomédicale. En tant que principes organisateurs, ces régimes de vérité refoulent les aides-soignantes au bas de l'échelle, ce sont elles qui sont chargées de traiter avec les matières impures, elles qui, en raison du contenu de leurs activités, sont les plus exposées au risque d'être trop proches ou trop éloignées des patients, elles, enfin, dont les savoirs hybrides – complexes d'éléments cognitifs, sensoriels et éthiques – sont les plus éloignés du savoir médical dominant.

Leur carrière est jalonnée d'épreuves pratiques qui les rappellent à l'ordre médical et les y socialisent. Ces épreuves formatent leurs subjectivités, font parfois violence à la sensibilité qu'elles importent de l'extérieur, mais « font rentrer le métier », leur font mépriser leur dégoût et induisent ainsi leur honte, leur font condamner une trop grande proximité au patient et cherchent à imposer une éthique au service du travail médical, pas toujours avec plein succès cependant. Ces épreuves réalisent leur socialisation comme aides-soignantes, exécutantes censées être de dociles auxiliaires de soins, chargées des basses besognes, pleinement en accord avec les rapports de production des soins.

Ce processus de socialisation produit, comme nous l'avons vu, des effets sur les rapports de travail au sein du groupe des aides-soignantes lui-même, crée une division interne, informelle, reposant sur les mêmes bases symboliques que la hiérarchie formelle. Cette hiérarchisation interne, non seulement justifie et renforce la précédente, mais en outre elle divise. Disant cela, il faut nuancer ce renforcement réciproque, il n'a rien d'automatique. Il n'est pas rare que de jeunes

1. Le concept foucauldien de « régime de vérité » renvoie à l'émergence historique de formes sociales de vérité que Foucault présente tout au long de son œuvre comme résultant chaque fois de la conjonction d'un ou de plusieurs savoirs et de figures particulières de pouvoir. (Foucault, 1975, 1976, 1984)

médecins, fraîchement diplômés, encore en cours de spécialisation, effectuent des tâches qu'ils auraient pu déléguer à un échelon inférieur. Les codes informels peuvent dès lors parfois inverser le sens de la hiérarchie formelle. En outre, la logique sous-tendant la hiérarchie informelle n'est pas univoque, il peut arriver que la norme morale de «l'exigence empathique» soit mobilisée avec succès par une aide-soignante pour détourner le processus de relégation du sale boulot. En dépit de ces exceptions, le constat qui prédomine est que plutôt que de produire une réaction collective de résistance, les logiques de hiérarchie informelle enferment le plus souvent ces travailleuses dans une soumission partagée, plus rarement dans une réflexivité réfractaire mais solitaire. Il arrive cependant que plusieurs d'entre elles se retrouvent autour d'accords dans des situations de violence extrême. Lorsque les scènes sont éthiquement insoutenables pour ces professionnelles qui travaillent quotidiennement avec le corps physique et psychique des vieux, elles arrivent, ici et là, à ouvrir des espaces de dialogue avec le corps médical, le plus souvent en coopérant avec l'échelon intermédiaire des infirmières. Des transgressions situées et fragmentaires montrent que la mise en pratique d'une autre vision du monde est possible sur le terrain du travail soignant. Mais l'aide-soignante qui se risque à de telles transgressions s'expose le plus souvent énormément, professionnellement et pénalement. Les résistances prennent alors un tour héroïque ou désespéré faute de lieux où elles pourraient trouver un sens politique, un sens auquel, tragiquement, la dévalorisation même de leur travail les empêche d'accéder.

La démarche de recherche a consisté en un aller-retour constant entre réflexivité et sensorialité, incontournable à nos yeux pour rendre compte des processus de subjectivation. Cet aller-retour noue de manière étroite perceptions sensibles, connaissances pratiques et interrogations éthiques que nous avons tenté ici de déconstruire toute la puissance de cette domination qui opère par l'intermédiaire de toute une série de micro-processus politiques, dont jouent et bénéficient les hiérarchies traditionnelles sans jamais les mettre explicitement en avant (Fassin et Memmi, 2004).

RÉFÉRENCES :

- Arborio, A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2^e édition augmentée d'une préface (1^{re} éd. 2001).
- Arborio, A.-M. (1995), « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 3, p. 93-126.
- Chauvenet, A. (1978), *Médecines au choix, médecine de classe*, Paris, Presses universitaires de France.
- de Gaulejac, V. (1996), *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Despret, V. (1999), *Ces émotions qui nous fabriquent : ethnopsychologie de l'authenticité*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- Dubois, F. et Lebeer, G. (2016), « Aide-soignante en gériatrie ou quand le dégoût devient incontournable » dans Memmi D., Raveneau G. et Taïeb E. (dir.), *Le social à l'épreuve du dégoût*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 115-126.
- Elias, N. (1973), *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy.
- Fassin, D. et D. Memmi (dir.) (2004), *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS.
- Foucault, M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (1976), *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (1984), *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (1984), *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (2001), « La technologie politique des individus », dans M. Foucault, *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, p. 1632-1647.
- Hughes, E.C. (1951), « Studying the nurse's work », *American Journal of Nursing*, vol. 51, p. 311-315.
- Jeanjean, A. (2006), *Basses Œuvres. Une ethnologie dans les égouts*, Paris, Éditions du comité des travaux historiques et scientifiques.
- Lebeer, G. et J. Moriau (dir.) (2010), *(Se) gouverner. Entre souci de soi et action publique*, Bruxelles, Peter Lang.
- Memmi, D. (2004), « Administrer une matière sensible. Conduite raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort. », dans Fassin D. et Memmi, D (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS.
- Perraut Soliveres, A. (2001), *Infirmières, le savoir de la nuit*, Paris, Presses universitaires de France.
- Stengers, I. (2009), *Au temps des catastrophes. Résister à la barbarie qui vient*, Paris, Éditions La Découverte.
- Stroobants, M. (1993), *Savoir-faire et compétences au travail : une sociologie de la fabrication des aptitudes*, Éditions de l'Université de Bruxelles.

Vega, A. (2000), *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Édition des archives contemporaines.

Vollaire, C. (2011), « Le tabou du dégoût. L'anesthésie du soignant », *Ethnologie française*, vol. 41, p. 89-97.

CHAPITRE TROIS

Les mains, le cœur, la tête ou le difficile exercice du métier d'auxiliaire polyvalente

Annick Anchisi

Dans le système fédéraliste qu'est la Suisse, la prise en charge des soins aux personnes âgées pose des problèmes tenant aussi bien à la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons qu'à la diversité des systèmes d'assurances sociales. Les appellations des différents services de soins peuvent varier d'un canton à l'autre et recouvrir des structures différentes (Anchisi et Despland, 2010 ; Rossini et Legrand-Germanier, 2010). Mais, ici comme ailleurs, on observe un déplacement des services de soins de longue durée des établissements de type hospitalier en direction du domicile. Tendance forte à laquelle se rajoutent la marchandisation des services, la répartition de l'offre en soins et leur financement en vue de limiter les dépenses publiques. Ces constats donnent lieu, d'une part, à diverses formes de familialisme (Le Bihan et Martin, 2014 ; Hugentobler et al, 2014 ; Pennec, 2012) et, d'autre part, à des organisations du travail enserrées par les logiques industrielles et marchandes (Anchisi *et al.*, 2014 ; Aubry et Couturier, 2014 ; Avril, 2014 ; Weber *et al.*, 2014). Le maintien à domicile des vieilles personnes relève d'une double injonction : maintenir leur qualité de vie à la maison et simultanément diminuer les coûts de la santé.

Sur la base d'une étude sociologique analysant les situations de soins¹, nous nous intéresserons ici aux auxiliaires polyvalentes qui ont

1. A. Anchisi, N. Kühne, J. Debons et M.-C. Follonier (2014). L'étude a été financée par le Fonds National suisse de la recherche scientifique et la Fondation Leenaards à Lausanne.

la charge des soins dits de base et qui, plus que les autres, sont soumises aux contraintes de tous ordres. Pour cela, nous décrirons le contexte de l'étude, puis nous dresserons un portrait des auxiliaires polyvalentes² par les référentes de situation qui leur délèguent le travail. Nous comparerons ce portrait avec les avis des premières concernées. Nous constaterons finalement les effets des logiques en cours sur la nature du travail de soins à domicile.

1. L'AIDE ET LES SOINS À DOMICILE

En Suisse, les services d'aide et des soins à domicile concernent 3,3 % de la population globale (OFS, 2014). La répartition diffère selon les classes d'âge, 49 % des prestations sont octroyées aux personnes de plus de 80 ans, dont une majorité de femmes âgées. Les fournisseurs de prestations se répartissent entre les entreprises à but non lucratif et celles à but lucratif. La première catégorie est majoritaire en volume d'activité. Les entreprises à but non lucratif reçoivent un financement public lié à un contrat de prestations. Les entreprises à but lucratif et les infirmières indépendantes³ sont des entités de droit privé. Selon les cantons, elles bénéficient ou non de financement public (subvention ou couverture de déficit, Dallera *et al.*, 2014). Pour les deux types d'entreprises et pour les infirmières indépendantes, les prestations de soins (art. 7 OPAS), effectuées sur prescription ou ordonnance médicale, sont remboursées par l'assurance obligatoire des soins (AOS), alors que les prestations d'aide à domicile (ménage, lessive, courses, encadrement social, par ex.) ne le sont pas. En regard des activités de la vie quotidienne et selon leur degré d'atteinte, les personnes en situation de dépendance sont bénéficiaires d'une allocation pour impotent sous forme de prestation mensuelle en espèces⁴. Selon les cantons, les proches

2. Ce secteur d'emploi étant largement féminisé, nous utiliserons le féminin pour qualifier les professionnelles.
3. La modalité de travail comme infirmières indépendantes reste peu développée en Suisse, évaluées au nombre de 1 500 début 2016 (<<http://www.sbk.ch/fr/schnellzugriffe/infirmiere-independante.html>, site visité le 20 janvier 2016) sur 80 000 qui y travaillent.
4. Les proches qui ne sont pas en âge de la retraite et qui aident un parent bénéficiaire d'une allocation pour impotence peuvent sous conditions bénéficier de bonifications pour tâches d'assistance, Art. 29^{septies} LAVS. Ces bonifications ne sont pas des prestations en espèces, mais s'ajoutent aux revenus formateurs de rente de vieillesse.

qui aident régulièrement un parent peuvent recevoir une indemnité journalière, prendre des congés spéciaux ou encore bénéficier de mesures fiscales.

Dans les services d’aide et de soins à domicile, 86 % des emplois se situent dans la catégorie « aide et soins à la clientèle⁵ », le 14 % concerne des postes administratifs ou de direction. Pour ce qui est de l’aide et des soins, le personnel est composé en moyenne d’un tiers de professionnelles ayant achevé une formation de degré tertiaire (majorité d’infirmières, mais également des ergothérapeutes et des assistantes sociales), 25 % ont une formation professionnelle initiale (secondaire II, de type assistance en soins et santé communautaire, ASSC⁶, par ex.), 38 % n’ont pas de formation qualifiante (59 % ont cependant suivi des cours de base liés à la santé⁷). Notons encore que, dans ces services, la règle est le travail à temps partiel. Toutes catégories confondues, le taux moyen d’occupation est de 43 % (OFS, 2014). Ce constat s’explique notamment par le fait que ces emplois sont massivement occupés par des femmes.

1.1 Le contexte de l’étude

Dans le canton où s’est déroulée l’étude, l’association d’aide et de soins à domicile est chargée de mettre en œuvre la politique de l’État sur l’ensemble du territoire (24 h sur 24, sept jours sur sept). Au niveau administratif, cette association s’occupe de répartir les subventions octroyées par l’État entre les centres médico-sociaux régionaux, de faire le lien avec le Département cantonal responsable de la santé, lequel fixe à son tour le périmètre de son action et exerce un contrôle comptable, financier et statistique. Le dispositif en place prévoit, d’une part, des évaluations de soins, des soins, des traitements et des conseils, ensemble de prestations prises en charge par l’Ordonnance sur les

5. Client, clientèle, prestation sont les termes, relevant de la logique marchande, en usage dans les CMS.

6. Depuis 2005, les assistantes en soins et en santé communautaire (ASSC) sont une nouvelle catégorie de professionnelles formées en Suisse sur deux ou trois ans selon la modalité scolaire ou en emploi. La catégorie des ASSC recouvre les qualifications des auxiliaires et reprend une partie des tâches dévolues aux infirmières. Elles sont sous la responsabilité des infirmières.

7. Les auxiliaires polyvalentes sont au bénéfice de formation minimale octroyée par la Croix Rouge suisse : 120 heures de cours et un stage pratique de 12 jours au minimum.

prestations de l'assurance des soins (art. 7 OPAS); et, d'autre part, assure les prestations d'aide à domicile, à savoir l'aide au ménage et l'encadrement social. Dans ces services, le statut de référentes (infirmières principalement, ergothérapeutes et assistantes sociales) tient une place centrale. Elles sont responsables des situations de soins : de leur mise en route en passant par la supervision, la coordination et l'évaluation. L'opérationnalisation, pour tout ce qui est des soins de base et du ménage, est du ressort des auxiliaires polyvalentes et des ASSC. Les infirmières ne réalisent plus ou qu'occasionnellement des soins de base. Pour la majorité des prestations concernant les personnes de 80 ans et plus, le contact direct avec les clients âgés est inversement proportionnel à la qualification des personnels, moins les soignantes sont formées, plus elles interviennent à domicile (Anchisi *et al.*, 2014). Ceci résulte entre autres de la déqualification des soins de base (toilette, habillage, aide à la mobilisation, etc.) par les assurances maladie, soins qui sont remboursés aujourd'hui au tarif des personnels les moins qualifiés. On peut évoquer également le fait que cette mesure légitime la délégation du *sale boulot* par les soignantes les mieux qualifiées à celles qui le sont moins.

Concrètement, sur la base d'une ordonnance médicale ou de prescriptions spécialisées⁸, une évaluation de la situation sera faite au domicile de la personne. Les évaluations sont standardisées sur la base d'un outil de type RAI-domicile Suisse (Resident Assessment Instrument) : méthode d'évaluation multidimensionnelle des problèmes, difficultés et ressources des clients. L'évaluation qui est faite dans les 24 premières heures à partir de la demande est une *photo du jour*. Celle-ci est établie par des évaluatrices spécialisées qui transféreront ces données aux référentes de situation. Les interventions planifiées – corrélées avec le catalogue des prestations remboursées par l'AOS – sont validées et remboursées par les assurances maladie. À la suite de l'évaluation, un plan de soins est établi et transmis aux soignantes de proximité qui sont chargées de l'opérationnaliser. Les logiciels de

8. Les ergothérapeutes peuvent justifier leurs interventions sans ordonnance médicale, elles sont une plus-value économique pour les services de soins à domicile. À ce titre, certains libellés des interventions sont modifiés et contribuent à médicaliser le domicile, « au niveau de l'ergothérapie quand on demande une mobilisation active du patient, on ne mettra plus sortie accompagnée, mais on mettra mobilisation active au vu de développer des compétences physiques de Monsieur » [une responsable de CMS].

planification du travail sont aujourd’hui relayés par des technologies qui nécessitent de moins en moins d’échanges directs entre professionnelles (iPad pour les référentes, *smartphone* pour les soignantes de proximité) tout en opérant un contrôle en *temps réel*.

1.2 Le corpus de l’étude

Le corpus de données de l’étude à l’origine de ce texte comprend l’analyse de huit situations de travail de soins sur trois mois. Le client du CMS devait être âgé de 80 ans et plus et bénéficier de soins de base. Les données ont été recueillies au cours d’entretiens semi-directifs (n=65) qui ont été conduits avec les personnels des CMS. Des entretiens informels ont été réalisés avec les professionnelles, les proches ou les personnes âgées en fonction des nécessités de clarification ou des opportunités offertes par les situations (pauses, trajets, etc.). Les séquences d’observation ont porté sur : les premières évaluations réalisées par les référentes, les réévaluations au cours des trois mois, des séquences de soins ou d’interventions avec les diverses professionnelles, des colloques de service durant lesquels la situation des clients suivis dans le cadre de la recherche était discutée. L’analyse a également tenu compte des documents tels que les dossiers des clients, les cahiers des charges, les directives internes de gestion et de délégation. Trois chercheur.e.s ont mené la phase de terrain, un quatrième a réalisé des entretiens conclusifs en fin de situation (au-delà des trois mois requis) avec les référentes. L’idée était ici de refaire le point sur l’entièreté de la situation avec un chercheur qui ne la connaissait pas concrètement et de comparer l’entretien réalisé avec la référente au début de la situation et trois mois après.

SITUATIONS À DOMICILE, EXTRAIT

Marguerite Amman, 86 ans, se casse le col du fémur lors d’une chute à domicile. Elle est opérée et séjourne six semaines dans une clinique de réadaptation. En tout, elle est absente de chez elle deux mois. Elle vit seule à la maison, sa fille habite le même village. Quelques jours avant son retour chez elle, le CMS est informé des soins à effectuer et des passages qui doivent être biquotidiens. Elle sort de la clinique un jeudi à 17 heures sans que son appartement ait subi d’aménagements particuliers. Elle rentre chez elle en marchant avec grande peine. Elle ne peut pas se lever seule d’une chaise ou d’un fauteuil (c’est l’infirmière du CMS qui va lui apprendre les principes de base le lendemain, jour de la première évaluation). Trois semaines après son retour chez elle, la situation de Madame Amman est

abordée au colloque pluridisciplinaire auquel les auxiliaires polyvalentes ne participent pas. L'ergothérapeute qui a réaménagé son appartement et évalué la mobilisation pense que la cliente a perdu son schéma moteur (elle comprend ce qu'on lui demande, fait certains gestes mais parfois à contresens : se penche en arrière plutôt qu'en avant par ex.). L'ergothérapeute signale que la cliente ne peut pas faire des doubles tâches, soit parler et marcher simultanément. Elle pose la question d'un ralentissement moteur généralisé et de l'existence d'éventuels troubles cognitifs. Ceux-ci ne seront jamais formellement diagnostiqués.

Sur le plan de soins, il est dit que *Madame Amman ne doit pas croiser les jambes (opérée de la hanche G) sans précision de date. Concernant la toilette, les auxiliaires liront que : Madame s'assoit sur la planche de bain. On met notre main gauche dans le dos de Madame comme soutien et on accompagne la jambe gauche, puis la droite avec notre main droite. On aide Madame lorsqu'elle induit le mouvement du tronc. Elle se tient à la poignée murale ou à la poignée de la planche de bain. Pour ce qui est de la marche, il faudra : exercer le transfert du poids du corps sur MIG et MID (membre inférieur droit et gauche, c'est nous qui notons) devant la table sans appui et plus loin, la consigne est de : ramener le pied gauche à même hauteur du droit, rythme lent, mais régulier et ≤ la longueur des pas en cours de route.*

En réponse à la consigne compliquée des transferts, les auxiliaires relèveront dans le dossier une fois qu'elle est plus alerte et rapide et le lendemain, qu'elle se déplace très très doucement [deux auxiliaires différentes]. Pour ces soignantes, le passage de la toilette du lavabo à la douche n'est pas clair, l'une pense que c'est la cliente qui a peur et c'est elle qui décidera du bon moment, une autre au contraire ne voit pas où est le problème, il faudra que je parle à mes collègues, parce que moi je pense qu'on peut la doucher [une auxiliaire]. Au vu du risque évoqué – luxation de la hanche si la cliente croise les jambes ceci durant trois mois –, certaines auxiliaires ne prendront pas le risque de la doucher. L'ordre sera inscrit dans le dossier, mais dans les faits, il faudra attendre trois semaines pour qu'il soit effectif, jusque-là elles continueront de la laver au lavabo.

Malgré les consignes détaillées élaborées par les référentes, nos observations montrent qu'elles seront chaque fois adaptées selon l'auxiliaire qui intervient. Cela ne les empêchera pas de prendre des initiatives hors du plan de soins. L'une d'entre elles réorganisera l'espace afin d'améliorer les déplacements de la cliente, j'ai fait déménager des meubles au fils pour qu'elle puisse passer de la chambre à coucher à la salle de bain seule, le premier soir [une auxiliaire], elle décidera d'une paire de chaussures plus adaptées à la marche et organisera la venue d'une coiffeuse à domicile.

2. DES RÉFÉRENTES AUX AUXILIAIRES POLYVALENTES

Une fois évaluées par les référentes, les situations de travail de soins à domicile qui nécessitent des soins de base relevant des activités de la vie quotidienne, vont être déléguées aux auxiliaires polyvalentes. Les assurances maladie accordent un remboursement de 15 minutes par mois pour l'évaluation de la situation par les référentes, ce qui, par mesure d'efficience, est difficilement applicable. L'habitude est plutôt

de facturer 90 minutes tous les 6 mois pour une réévaluation globale de la situation. En dehors de cela, l'infirmière référente peut facturer des soins hebdomadaires – ou plus espacés – comme les visites de santé (prise de tension, préparation du semainier, contact avec le client et sa famille) ou encore des soins plus techniques comme des pansements ou des injections. Dans la même situation, les soins de base, eux-mêmes minutés⁹, continueront d'être effectués par des auxiliaires. Si les deux types de professionnelles se rencontrent au domicile du client, ce n'est pas intentionnel, *non, non par hasard, par hasard, mais souvent en début de matinée, on tombe souvent sur les auxiliaires, on se croise assez souvent quand même* [une référente].

Les logiques industrielles et marchandes régissant le travail de soins à domicile sont connues des professionnelles, *l'infirmière est payée différemment qu'une auxiliaire, donc là aussi ça a un coût, ce qui fait que la prestation effectuée par une infirmière est toujours plus chère, si elle fait une douche... payer une infirmière ça sera plus cher que si c'était une auxiliaire qui le faisait, donc c'est le coût la clé* [une responsable de CMS], comme le contrôle assurantiel qui se transforme pour les référentes en double contrainte, *on est pisté avec les assurances, si à chaque fois mes visites de santé je fais 1 heure au lieu de 30 minutes, l'assurance elle ne va pas être contente, donc elle va m'appeler et puis il va y avoir litige, donc moi je vais avoir des soucis avec ma hiérarchie* [une référente]. Mais, dans l'immense majorité des cas, ces logiques seront converties en principes de gestion relevant d'abord d'une transformation de leur rôle. Ainsi, si elles ont pu donner des soins de base dans le passé, aujourd'hui elles *évaluent, répartissent, coordonnent et délèguent*, estimant que le temps dévolu à *l'administratif*, tout compté (dossiers, colloques, transmissions), peut avoisiner la moitié de la durée du temps de travail. *Tout compté* est le terme qu'il convient d'employer ici, puisque les tâches administratives rendues obligatoires pour le remboursement des prestations sont en partie refacturées au client (quand la situation d'un client est évoquée au-delà d'un quart d'heure en colloque par ex.). Notons que si le terme *contrôle* n'est pas directement utilisé, il peut être lu dans la notion de responsabilité au sens de

9. Les prestations relatives à l'hygiène s'ordonnent du n° 101 au n° 113, (par ex. : n° 105 : toilette intime au lit, n° 106 : rasage, n° 107 : laver les cheveux, n° 108 : soins des ongles des mains, n° 109 : soins des ongles des pieds, n° 110 : frictionner la peau sans prescription) recouvrant ce qui, jusque-là, se nommait « la toilette ».

devoir rendre des comptes, *il faut tout répertorier, se couvrir*. Ainsi, si les auxiliaires polyvalentes sont *les yeux des référentes*, celles-ci *auront un œil régulier sur la situation*. À la question de savoir comment elles se qualifient, les référentes seront tour à tour *courroie de transmission* ou *plaque tournante*, *fil rouge* ou *fil conducteur*, *disque dur* ou *chef d'orchestre*. Elles disent avoir une connaissance globale des situations leur permettant de les déléguer aux auxiliaires, *je dirais que par notre formation, on arrive plus facilement à faire la différence de ce qui est important et de ce qui peut attendre, déjà à trier, ça c'est important, la vision globale ... le référent a l'œil complet sur la situation, il chapeaute, on va dire il chapeaute voilà, c'est ça [une référente] ou si c'est une situation stable il n'y a aucun souci pour déléguer (...) voilà une douche simple c'est délégué comme ça, sans qu'on ait de contact direct (avec l'auxiliaire) [une référente]*. Hormis les situations de crise¹⁰, pour *faire en sorte que ça roule*, elles devront donc d'abord considérer les auxiliaires polyvalentes comme des soignantes capables de répondre aux prescriptions.

2.1 Les auxiliaires polyvalentes définies par les référentes

La transmission des tâches à accomplir se fera par les dossiers de soins, aujourd'hui informatisés. L'auxiliaire polyvalente prendra la mesure de la situation, seule à domicile. Si elle entrevoit un problème ou est face à une difficulté, elle peut toujours compter sur la référente, mais à distance en lieu et en temps. Hors de la routine, en cas de chute, d'hémorragie ou de troubles du comportement, elles seront amenées à tenter de régler le problème sur place. Puis, elles mettront les référentes au courant par téléphone ou en passant au bureau, *on s'est croisées sur le pas de la porte ou bien elles me mettent un ou des messages hein, elles écrivent (...) elles mettent dans mon casier et puis elles me disent si elles veulent que je réponde ou pas (...) oui, et puis le luxe c'est quand on se téléphone [une référente]*. Les auxiliaires vont également être

10. Sous situations de crise, il faut classer celles qui concernent les soins palliatifs à domicile. Limitées dans le temps, la négociation avec les assurances en sera facilitée (les visites et les soins pourront, après négociation, être augmentés). Peu nombreuses et concernant en général des clients plus jeunes (père ou mère de famille, adolescents ou enfants), ces situations de soins particulières vont agir comme symboles d'un cœur de métier encore maîtrisé par les infirmières. Elles masquent de fait la vraie transformation opérée par les assurances sur la nature des soins octroyés par les infirmières.

capables d'effectuer adéquatement ce qui aura été instauré dans les plans de soins. Pour cela, les référentes estiment qu'elles sont bien formées, alors que de fait, les auxiliaires polyvalentes sont au bénéfice de formation réduite. S'il est vrai qu'elles reçoivent des formations à l'interne, soit sur la démence ou encore sur les déplacements, *bon nos auxiliaires sont toutes formées et tout, ce qui fait que quand il y a une prothèse de hanche, elles savent ce qu'il faut faire et ne pas faire automatiquement, on ne le leur répète pas, il ne faut pas croiser les jambes, elles savent qu'il faut que... quand on leur dit « accompagner Mme » ça veut dire de se tenir à côté au cas où il y a une chute, on le note en plus risque de chute, donc ça elles savent* [une référente], il n'en reste pas moins qu'à domicile, elles sont constamment amenées à traduire le plan de soins avec les risques que cela comporte (voir l'encadré). Tout ceci sans compter qu'elles n'ont pas de clients fixes. Sous couvert de polyvalence, elles sont amenées à couvrir toutes les situations dites stables.

Nécessité oblige, les référentes considéreront les auxiliaires polyvalentes comme des collègues très expérimentées et compétentes, *je pense que l'expérience de la plupart de nos dames qui travaillent quand même depuis pas mal de temps à domicile hein, ça alors ça c'est un atout prodigieux* [une référente] ou *c'est juste capital, moi je leur dis toujours à mes collègues auxiliaires que c'est les personnes qui connaissent le mieux la situation, après comment est-ce qu'elles arrivent à transmettre ça en mots, en termes professionnels, ça c'est tout un travail aussi, mais elles sont là, il n'y a qu'à voir dans cette situation, 7/7, 2 heures par jour (...) je trouve super important cette délégation dans le sens qu'elles comprennent leur mission et ce qu'elles doivent observer et quels sont les signes avant-coureurs, c'est dans ce sens-là* [une référente] ou encore *c'est un gros pilier l'auxiliaire dans des situations comme ça, c'est des gens sur qui on compte, on compte vraiment sur eux parce que nous on ne pourrait pas avancer, parce qu'ils sont tous les jours, mais moi Madame A., je la vois 1 fois par mois* [une référente].

Alors du point de vue du travail, qu'est-ce qui distingue ces collègues, par ailleurs nommées de façon condescendante *nos dames* ou encore *les filles*, du reste des professionnelles des soins qui composent les services à domicile? Tout d'abord, si elles sont compétentes, ces compétences doivent se distinguer de celles des référentes, *il ne s'agit pas de transférer textuellement mes compétences auprès des auxiliaires*

puisque ce n'est pas les mêmes mandats qu'on leur demande, ce n'est pas les mêmes types de prestations [une référente] ou, mais non je ne peux pas tout transférer, il y a des choses que moi je vais travailler en analytique alors que je vais cibler par rapport à certains mouvements qui commencent à venir (...) dès le moment où c'est utilisable, déléguable rapidement au niveau de la gestion de ce tonus et de l'utilisation de ce mouvement et ben je le transfère aux auxiliaires [une ergothérapeute]. Ensuite, bien que le rapport de subordination ne soit jamais admis comme tel, oui, et puis pas de rapport de force, je veux dire l'auxiliaire si elle propose quelque chose, elle va passer par nous parce que c'est comme ça que ça se passe, mais ce qu'elle propose on est très à l'écoute parce que souvent elle nous propose des trucs super que nous on n'a pas vu parce qu'on est pas dans les situations de tous les jours [une référente], elles ne vont pas être considérées comme leurs égales et faisant partie intégrante de l'équipe de soins. Indispensables à l'organisation, elles ne participent qu'épisodiquement aux colloques où se discutent les situations des clients ou à la vie des équipes ce temps n'étant pas facturable, si on doit travailler en pluridisciplinarité (...) on les fait participer, à tour de rôle, il y a un tournus, on a des fois 2, 3, 4 auxiliaires qui participent, oui et on y tient, parce que tout d'un coup elles nous apportent des choses sur les clients qu'elles ont vues que nous on ne sait pas forcément (...) peut-être qu'on perd dans le sens de la facturation qu'à ce moment-là on n'est pas chez les clients ça coûte à l'institution, mais qu'est-ce qu'on en gagne après, donc moi je crois que l'institution elle y gagne en fait [une référente] ou avec mes collègues ou ASSC, on se voit souvent, on est dans les mêmes bureaux, on échange beaucoup, le reste c'est avec les auxiliaires que ce n'est pas évident [une référente].

Ce qui ressort des entretiens, c'est qu'aux logiques marchande et industrielle qui régissent les services de soins à domicile, la réponse des référentes renvoie à d'autres référentiels, d'une part, celui des compétences, de l'expérience et de la motivation à apprendre et, d'autre part, celui de la confiance et des valeurs professionnelles comme le respect de l'autonomie du client, valeurs qui seraient *de facto* partagées par toutes.

2.2. Ce qu'en pensent les premières concernées

À la question de savoir comment les auxiliaires polyvalentes définissent leur travail, elles répondent que c'est d'abord un travail en solitaire, *non on travaille vraiment seul, donc on travaille tout le temps seul, on se voit de temps en temps en courant au bureau, on se voit dans les colloques, mais... une fois par mois les colloques, donc c'est difficile de savoir le nom de tout le monde* [une auxiliaire] ou *ça manque, parce que des fois ben on se voit des fois quand il y a des colloques, tout d'un coup on* (les auxiliaires) *se voit un petit peu avant le colloque ou des fois après, des fois si on a le temps on va se boire encore un jus après le colloque (...) on ne se croise pas beaucoup* [une auxiliaire]. Concernant les colloques pluridisciplinaires auxquels elles participent de temps en temps, elles leur trouvent davantage un intérêt de cohésion d'équipe que de lieu d'information ou de formation.

Puis, elles relèvent l'importance de leur travail, *c'est nous qu'on découvre tout ce qui ne va pas, ce qui va bien, ce qui s'améliore, ce qui se détériore, puis il y a un climat de confiance aussi, donc les gens se confient beaucoup à nous (...) il faut être très attentive à tout quoi* [une auxiliaire]. Et bien que les informations concernant les plans de soins soient accessibles, elles notent la nécessité de devoir traduire et adapter ces informations en situation, *oui, bon on a les fiches par rapport au travail, mais j'entends après chacun l'interprète comme elle veut quoi, bon on est tenu quand même de faire les mêmes choses, mais je pense que chacun est différent quoi* [une auxiliaire] ou *oui, enfin tout dépend de la personne quoi, mais c'est vrai que dans l'ensemble ce n'est pas toujours... comme ce n'est pas une personne qui a toute sa tête alors voilà, on peut lui demander quelque chose elle nous répondra... je ne sais pas on lui dira « vous vous êtes déjà douchée ? », elle dira oui alors qu'à la salle de bains tout est sec* [une auxiliaire]. Le fractionnement des soins est enfin évoqué comme relevant d'une certaine absurdité, *il y a certains trucs par exemple que je trouve aberrants, c'est quand ils viennent faire une insuline chez quelqu'un et puis que nous on doit passer pour mettre des bas de contention, c'est stupide ils sont là, pourquoi ils ne mettent pas les bas, alors moi dans ma tête je me disais, mais ce n'est pas se rabaisser de mettre des bas de contention pour un diplômé franchement, il y a quatre déplacements au lieu de deux* [une auxiliaire] tout comme l'organisation qui consiste, sous couvert de polyvalence, à attribuer indifféremment les situations des clients, *avant*

on pouvait presque aller les yeux fermés de semaine en semaine, que maintenant c'est terminé ça, et je trouve que c'est dommage parce que je trouve que quand c'est la même personne qui suit le patient, je trouve que le patient évolue aussi mieux que si ça change tout le temps (...) si on intervient 2 fois par jour, ça peut qu'elle (la cliente) ait 7 personnes différentes le matin, 7 personnes différentes le soir (...) il ne fallait pas qu'on s'attache aux patients, c'était pour cette raison, moi j'ai toujours été contre [une auxiliaire].

Toutes les auxiliaires reconnaissent que les référents leur sont un soutien, soit dans l'explication de certaines situations compliquées, *je trouve formidable parce que des fois ben voilà moi je n'ai pas les termes vraiment techniques par rapport aux médicaments ou des trucs comme ça, alors ben le référent un jour je viens lui poser une question, il a essayé vraiment de m'expliquer que je comprenne [une auxiliaire]*, soit quand elles rencontrent un problème, *c'est vrai qu'on est seule si vous voulez sur le terrain, mais s'il y a un souci ou un problème on peut toujours ou téléphoner ici au bureau si c'est l'après-midi, parce que bien sûr le bureau n'est pas forcément ouvert l'après-midi, mais il y a toujours une infirmière ou un infirmier... (de garde), la même auxiliaire rajoute à propos du numéro de garde pour le secteur qu'elle touche du bois parce que j'espère ne jamais l'employer, mais on a un numéro de téléphone et puis c'est une dame de garde, mais comme j'ai compris on a ce numéro, mais c'est plutôt une dame d'en bas (autre CMS régional) [une auxiliaire]*. Même si la collaboration est relevée comme étant bonne entre référentes et auxiliaires, la hiérarchie est manifeste, *oui c'est très hiérarchique, c'est toujours se référer au référent, toujours, toujours [une auxiliaire]* comme pour certaines initiatives qui sortent du plan de soins, *c'est vrai que si on passe à côté de la boulangerie ou descendre les poubelles ou ce genre de trucs, moi je préfère voir avec la référente avant [une auxiliaire]*; ces gestes du quotidien pouvant être intégrés par les auxiliaires comme une attitude non professionnelle. Si les auxiliaires, hors de leur champ de responsabilités, sont tenues de donner les médicaments aux clients¹¹, elles ne peuvent par contre pas prendre d'initiative non monnayable.

11. Selon une étude exploratoire menée sur la gestion du semainier à domicile, ce problème est connu des médecins, des pharmaciens et des infirmières, mais reste non réglé pour autant (Abrecht *et al.*, 2014). Pour des questions financières, la prise de médicaments à domicile par du personnel qualifié est inenvisageable. Ce problème dépasse la question

Enfin, les conditions de leur emploi sont évoquées. Dans les services de soins de notre étude, les auxiliaires polyvalentes sont engagées à un taux maximum de 70 %, temps fractionné dans la journée et qui peut se distribuer sur 5 ou 6 jours consécutifs, évitant ainsi les *heures blanches* où le travail à la clientèle est moins dense, *je travaille tous les jours de la semaine, je n'ai pas un jour fixe de congé parce que je travaille justement à 70 %, alors ... (...) bon j'ai de la chance... oui de la chance... j'ai un apport financier extérieur, c'est ma rente de veuve parce que je suis veuve, donc c'est pour ça qu'avec 70 % je tourne* [une auxiliaire], alors que les professionnelles référentes ou celle du secteur administratif peuvent être engagées à 100 %. Les auxiliaires servent ici de variables d'ajustement des organisations des CMS.

Aussi bien les référentes que les auxiliaires ne sont pas dupes de ce qui se joue au niveau du contrôle des prestations, mais la différence réside dans le fait que les premières ont davantage les moyens que les secondes de s'en protéger. Les auxiliaires sont au cœur du travail de soins, au quotidien, elles sont amenées à faire ce qui leur est prescrit avec plus ou moins de facilité et d'entregent. Les mieux formées quant à elles continuent de penser qu'elles maîtrisent les situations, les clients et les auxiliaires en étant à distance. Entre déléguer une prestation générique évaluée sur la base d'un catalogue et être en situation de devoir la réaliser, il y a le tour de main de la professionnelle, le soin.

3. LES RÉFÉRENTES ET LES AUXILIAIRES POLYVALENTES : DES DESTINS LIÉS AUX AUTONOMIES CONTRAIRES

Toutes les personnes rencontrées du haut au bas de l'échelle du CMS, directeurs compris, contestent la place prise par les logiques gestionnaires et assurantielles, *entité abstraite diabolisée, trop diabolique pour être vraie* (Molinier, 2010, p. 164) qui masqueraient le travail, soit celui que l'on aimerait faire, mais pour lequel on serait empêché. Les référentes, soit des infirmières dans la quasi-totalité des cas, sont nostalgiques d'un temps où elles faisaient des soins, remplacés

des médicaments. Une étude faite en Suisse sur le profil des compétences des auxiliaires a montré que les tâches réalisées par ces dernières dépassent ce qui est prévu par la formation et par la loi, tout en étant connu des personnels formés et des cadres qui les leur délèguent (Stäubli *et al.*, 2014).

aujourd'hui par la pratique de coordination et gestion de cas à distance. Hormis les soins spécialisés, seules les *visites de santé*, sorte de mélange entre la figure historique des *visitantes* à domicile et la norme sanitaire préventive, relèvent encore de l'ancien métier. Paradoxalement et plus que dans tous les autres lieux de soins, les infirmières se sont éloignées des clients. La relation soignant-soigné incarnée dans le soin au corps est devenue l'affaire des auxiliaires polyvalentes. La proximité physique se gère dans les gestes quotidiens. Minutieusement, délicatement ou avec plus de vigueur, les auxiliaires nettoient, coiffent, rasant, habillent, donnent à manger, rendent présentables. La proximité affective et sociale s'éprouve. Sensibles, aimables, fatiguées ou dégoûtées, elles sont nécessairement proches. À l'observation, c'est de cela qu'il s'agit, dans un temps donné, non seulement elles font le soin, mais elles sont amenées à l'adapter constamment, en fonction du moment, du lieu, de la personne et ses proches, de la pathologie, sachant par ailleurs qu'elles sont les moins formées des services de soins, les moins payées et les plus précaires sur le plan de l'emploi et de la formation. Auxiliaires de toute l'institution de soins à domicile – et non plus *aide-infirmière* comme par le passé – *polyvalentes*, soit indifférenciables par leurs tâches de soins ou de ménage, soumises à un tournus constant de prise en charge des clients, elles seraient, du point de vue du statut, particulièrement hétéronomes. Malgré cela, sur la base de ce qu'elles savent, elles vont prendre des décisions, parfois hors de leur champ de compétences. À tous les niveaux de l'institution, l'écart au travail prescrit est toujours le cas, ceci malgré toutes les procédures prétendant le saisir *en temps réel*. Mais il n'est pas toujours du même ordre (Dessors et Schram, 2009) que l'on soit référentes ou auxiliaires. Très contrôlées par les assurances, pour les premières, l'écart à la prescription est *traqué* alors que pour les secondes, et relevant du principe de réalité, il sera davantage *toléré* par les référentes qui n'interviennent pas sur place. Paradoxalement, dans l'opérationnalisation de la prescription, la marge de manœuvre des auxiliaires paraît plus grande que celles des référentes. Se produit alors un renversement de ce qui est attendu. Les subalternes, soumises à toutes les contraintes y compris celle de ne pas se faire prendre, se situent – sur le continuum hétéronomie-autonomie – davantage que les référentes du côté de l'*autonomie-pouvoir* (Génard et Cantelli, 2008), soit la capacité à mobiliser son expérience pour se sortir de situations difficiles comme celles rencontrées à domicile. Certes, *être compétente*, s'entendant comme être suffisamment autonome pour

faire ce qui est à faire sans déranger toute l'organisation, est une exigence normative supplémentaire qui s'applique aux auxiliaires, d'autant plus qu'il est attendu qu'elles n'échouent pas. Mais, cette injonction soulève à notre point de vue une autre question, celle de l'abandon du *care* professionnel par les infirmières. Si l'on reprend les deux catégories de professionnalisme d'Evetts (Dubar *et al.*, 2011) – occupationnel, dépendant de l'employeur et professionnel, sous contrôle des pairs – on assisterait ici à deux phénomènes. Un premier, apparent : la qualification des auxiliaires ne consiste pas à les reclasser, mais à les adapter aux transformations du secteur des soins. Un second, moins visible, consisterait en un risque de déprofessionnalisation des infirmières. S'éloignant des soins du corps, des personnes malades ou handicapées qui sont remis à d'autres, et se défendant d'une affiliation médicale¹², elles se définissent par des pratiques non spécifiques au champ des soins. De fait, elles fragilisent leur position au profit de la montée en puissance de nouveaux acteurs comme les gestionnaires de cas. Toute la question du soin professionnel aux corps malades est ainsi reposée. Les auxiliaires qui l'effectuent ne sont pas à proprement parler des professionnelles au sens qualifiant et disciplinaire du terme. Quant aux infirmières, elles perdent le cœur du métier, l'élément central à partir duquel pourrait s'élaborer une discipline et venir s'ancrer d'autres pratiques, y compris de gestion, mais incarnées et distinctives d'autres métiers du soin¹³.

Les auxiliaires polyvalentes maintiennent la vie, au demeurant elles la changent. Elles font la différence. Entre proximité chaleureuse et distance professionnelle, respect du rythme et diminution des coûts, ces soignantes de proximité doivent rendre compte d'une mission de plus en plus difficile à tenir dans un contexte où il convient de *faire toujours plus avec moins*. Analyser leur travail nécessite de prendre en compte toute la hiérarchie dont elles dépendent, principalement les

12. L'affranchissement des médecins revendiqué par les infirmières est « facilité » dans les CMS par le fait qu'ils sont absents physiquement des services. Ils sont atteignables en cas de nécessité ou participent à certains colloques. Ce sont eux qui valident les ordonnances.

13. En Suisse, les infirmières peuvent se former jusqu'au niveau doctoral (*bachelor of nursing science, master* et doctorat). Les théories dominantes des sciences infirmières qui sous-tendent les enseignements relèvent majoritairement de modèles de pensée positiviste, pragmatique et managériale adaptant ainsi largement les infirmières aux demandes du dispositif sociosanitaire.

infirmières avec lesquelles elles partagent directement le champ des soins, sans compter l'arrivée des ASSC, capables d'effectuer des soins de base et des actes médicotechniques. La totalité des prestations se redéploie alors sur des acteurs toujours plus nombreux. Enfin et plus largement, il s'agit de se demander si soigner peut relever du marché ; à une logique fondamentalement non rationalisable défendue par certains (Gagnon, 2014 ; Anchisi, 2009 ; Saillant, 2007), le modèle en cours dans les CMS relève de la prestation, avec *in fine* le fractionnement du travail de soin et du savoir spécifique qui lui est lié.

RÉFÉRENCES

- Abrecht, L., A. Anchisi, D. Widmer, O. Bugnon, *et al.* (2014), « Gérer un semainier à plusieurs chez un patient bénéficiaire de soins à domicile », *Revue médicale suisse*, 10, p. 2246-2251.
- Anchisi, A., N. Kühne, J. Debons et M.-C. Follonier (2014), « Situations de soins à domicile : discontinuité des trajectoires », *Revue recherche en soins infirmiers*, 118, p. 26-37.
- Anchisi, A. (2009), « Les activités de la vie quotidiennes (AVQ) : ce qui saute aux yeux échappe au regard », *Carnets de bord*, 16, p. 67-75.
- Anchisi, A. et B. Despland (2010), « Les proches d'un parent âgé dépendant : le cœur du dispositif de l'aide et des soins à domicile », dans A. Blanc (dir.), *Les aidants familiaux.*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- Aubry, F. et Y. Couturier (dir.), (2014), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Avril, C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute.
- Dallera C., V. Hugentobler et A. Anchisi (2014), « L'apparition d'organisations marchandes dans le domaine de l'aide et des soins à domicile en Suisse romande », *SociologieS*, mis en ligne le 10 novembre 2014, consulté le 13 novembre 2014. URL : <http://sociologies.revues.org/4848>
- Dessors, D. et J. Schram (2009), « La peur au cœur », *Travailler*, 21, p. 69-79.
- Dubar, C., P. Tripier et V. Boussard (2011), *Sociologie des professions*, 3^e éd., Paris, Armand Colin.
- Gagnon, E. (2014). « Ce qui soigner veut dire : permanence et transformations », *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, 14, p. 14-27.
- Génard, J.-L. et F. Cantelli (2008). « Être capables et compétents : lecture anthropologiques et pistes pragmatiques », *SociologieS*, mis en ligne le 27 avril 2008, consulté le 12 février 2016. URL : <http://sociologies.revues.org/1943>

- Hugentobler, V., A. Anchisi, C. Dallera et A. Strozzega (2014), *Le domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : un nouveau « marché » potentiel*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Infimères et infirmiers indépendants, site internet (<http://www.sbk.ch/fr/schnellzugriffe/infirmiere-independante.html>), consulté le 20 janvier 2016.
- Le Bihan, B. et C. Martin (2014), « Dépendance, soins de longue durée et politiques publiques en Europe », dans C. Hummel, I. Mallon et Caradec V (dir.), *Veilles et vieillissements, regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), site internet (<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19460217/index.html>), consulté le 10 janvier 2016.
- Molinier, P. (2010). « L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care », dans Y. Clot et D. Lhuillier (dir.), *Agir en clinique du travail*, ERES « Clinique du travail », p. 157-167.
- OFS Statistique de l'aide et des soins à domicile, Résultats 2014 : chiffres et tendances <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=6823> consulté le 19 janvier 2016.
- Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, site internet (<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html>), consulté le 14 août 2016.
- Pennec, S., (2012), « Les solidarités pratiques du soin au grand âge : entre inégalités familiales et précarité professionnelle », dans F. Le Borgne-Uguen et M. Rebourg (dir.), *L'entraide familiale : régulations juridiques et sociales*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 255-279.
- Rossini, S. et V. Legrand-Germanier (2010), *Le système de santé : assurances, médecine, soins et prévention*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Saillant, F. (2007), « Les soins », dans M. Marzano (dir.), *Dictionnaire du corps*, Paris, Presses universitaires de France, p. 877-880.
- Stäubli, M. et al. (2014), « Le rôle des auxiliaires de santé CRS, un profil à respecter », *Soins infirmiers*, 12, p. 58-60.
- Weber, F., L. Trabut et S. Billaud (dir.) (2014), *Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui*, Paris, Éditions Rue D'Ulm et Presses de l'École normale supérieure.

DEUXIÈME PARTIE

Arts de faire

CHAPITRE QUATRE

Intégrer une organisation gériatrique comme préposées aux bénéficiaires au Québec : un processus de redéfinition de l'éthique du prendre soin ?

François Aubry et Yves Couturier

Ce chapitre porte sur le processus d'intégration des préposées aux bénéficiaires¹ dans les organisations de soins de longue durée du Québec. Nous voulons montrer que ce processus concret ne correspond pas, pour les nouvelles recrues, à une continuité logique entre la formation théorique et pratique et le travail réel en organisation. Il a plutôt pour effet la réélaboration de leur représentation initiale du métier et une élaboration de savoirs informels nécessaires pour réaliser leur activité. La cause principale de ces réélaborations est l'incidence de la charge de travail – peu évoquée dans le contexte de formation – et, de fait, les contraintes temporelles et organisationnelles qui en découlent. Les nouvelles recrues intégrées à ces organisations sont dans l'obligation de répondre aux contraintes temporelles pour parvenir à être reconnues compétentes, notamment par leurs pairs – et notamment les préposées les plus expérimentées –, ce qui signifie qu'elles doivent apprendre à réélaborer leur activité de travail et leurs savoirs à partir du contexte gériatrique.

Une telle intensité du travail prend sa source dans l'organisation du travail actuelle imposée dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), moteur notamment de l'aggravation

1. En regard de ce secteur largement féminisé au Canada, le féminin sera utilisé dans le texte pour qualifier ces professionnelles.

progressive des problèmes de santé vécus par les résidents – qui entraîne, par voie de conséquence, l’augmentation et la complexification des tâches que doivent effectuer les préposées auprès des résidents. Ce constat découle d’une condition fondamentale, soit la conception hospitalo-industrielle de l’organisation des services dans ces organisations, exacerbée depuis quelques années par une reconfiguration des modèles de gestion gouvernementale de plus en plus fondés sur la nouvelle gestion publique (NGP) et ses suites, telles que la «new management for value» (Bryson, Crosby et Bloomberg, 2014). Ces approches se caractérisent par des pratiques de monitoring de la performance davantage ancrée sur des observables simples (occurrences, temps, coût unitaire, etc.) renforçant la culture hospitalo-industrielle pourtant critiquée depuis des décennies pour ce contexte organisationnel. Microgestion ministérielle, tableaux de bord, audit, «bench-marking» et autres études d’efficience sont mis de l’avant au détriment des processus cliniques complexes, pourtant fondateurs des formations initiales et continues visant à rehausser la qualité de la prestation clinique des préposées aux bénéficiaires. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se constitue donc en vecteur d’un modèle de productivité confrontant les préposées, au bas de l’échelle organisationnelle, à ses contradictions fondamentales qu’elles se doivent de gérer informellement, le plus souvent par elles-mêmes, auprès de l’usager : le ratio résidents/préposées, la flexibilisation des équipes de travail (équipe «volante» se déplaçant d’unité en unité) et l’instabilité des postes de travail (statuts de travail divisés en «temps complet», «temps partiel», «temps partiel occasionnel», sans oublier les «agences»)².

L’intensification du travail provoquée par la volonté et la capacité accrues des gestionnaires à induire une logique de gestion productiviste conduit les recrues à effectuer un compromis entre ce qu’elles déterminent être le «prendre-soin» promu par les formations et par leur éthique personnelle et ce que l’organisation leur permet, compte tenu de la charge de travail et des mécanismes de reddition de comptes à propos de cette charge. Dans ce cadre paradoxal, le collectif de pairs

2. Les «temps complets» sont les préposées disposant d’un poste fixe sur une unité à cinq jours par semaine, les «temps partiels» cumulent deux ou trois jours environ sur un poste fixe avec deux ou trois jours de travail «sur appel», et les «temps partiels occasionnels» ne travaillent que «sur appel». Les «agences» sont des préposées travaillant dans le cadre d’agences privées de placement de main-d’œuvre, appelées en renfort lorsqu’il manque du personnel sur certaines unités.

devient indispensable : il permet aux recrues de gérer la contradiction entre le contenu de formation et le travail réel par l'élaboration de stratégies collectives de réélaboration de l'activité de travail. Ce sont ces stratégies, transmises par les préposées expérimentées aux recrues, qui permettent aux nouvelles préposées de parvenir à atteindre *a minima* les prescriptions contradictoires de l'organisation : effectuer un travail de qualité pour un maximum de résidents en un minimum de temps. L'inconnue de l'équation reste ici la définition de l'éthique du prendre soin : comment les préposées nouvellement recrutées doivent-elles transformer leur perception de ce qu'est une « bonne » pratique relationnelle, perception largement issue de la formation initiale ? Que perdent-elles dans cette nécessaire et impérative réélaboration ?

Dans une première partie, nous décrivons comment les préposées vivent le décalage entre l'activité de travail présentée en formation et celle vécue dans la phase de stage en CHSLD. Puis, nous montrerons dans une seconde partie ce que nous entendons par « réélaboration collective des tâches », c'est-à-dire comment se déroule la phase d'orientation des nouvelles recrues préposées ainsi que l'apprentissage des savoirs informels et des règles collectives et autonomes d'organisation du travail qui permettent cet ajustement. Puis, dans une troisième partie, nous ferons référence au processus de transmission des stratégies de régulation du temps entre préposées expérimentées et nouvelles recrues avant, dans une dernière partie, de documenter le lien éventuel entre réélaboration collective de la tâche et redéfinition de l'éthique du prendre soin, à partir de la notion de souffrance éthique.

1. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre se base sur une analyse des résultats d'une étude³ menée entre 2014 et 2016. L'objectif de cette étude portait sur l'appropriation et l'application des principes généraux d'une formation en santé au travail (PDSB⁴) destinée aux nouvelles recrues préposées au

3. Le projet de recherche, financé par l'Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), se nomme « *Comprendre l'influence de la régulation des rythmes de travail imposés sur l'appropriation des principes généraux de déplacement sécuritaire des bénéficiaires par les recrues préposées aux bénéficiaires* ».

4. La formation se nomme « Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires », et est développée par l'Association paritaire de santé et de sécurité du travail secteur affaires sociales (ASSTSAS).

Québec en CHSLD dans le cadre de la formation initiale. Ce chapitre présente quelques résultats de cette étude, non liés aux données relatives à la formation PDSB, mais plutôt au contexte d'intégration des nouvelles recrues en CHSLD.

L'étude a été réalisée dans trois CHSLD situés dans autant de centres de santé et de services sociaux (CSSS ou CISSS⁵), répartis dans trois régions du Québec. Les données utilisées dans ce chapitre sont tirées du contenu de 15 entrevues semi-dirigées, soit cinq par CSSS/CISSS, qui se composent de trois entrevues avec des préposées expérimentées et deux entrevues avec de nouvelles préposées. Les préposées expérimentées se caractérisaient par le fait de compter plus de 10 ans d'ancienneté et d'avoir un statut d'employé à « temps complet ». Les nouvelles recrues ont été intégrées dans l'organisation il y a moins de six mois. Les entrevues ont été réalisées entre décembre 2014 et décembre 2015. Le délai entre les deux phases d'entrevue s'explique par le fait que le projet principal se compose également de phases d'observation et d'autoconfrontation, dont nous n'utiliserons pas les résultats ici.

TABLEAU 1. NOMBRE D'ENTREVUES RÉALISÉES SELON LE NIVEAU D'EXPÉRIMENTATION DE LA PRÉPOSÉE ET L'ÉTABLISSEMENT OÙ ELLE TRAVAILLE

	PRÉPOSÉES EXPÉRIMENTÉES	PRÉPOSÉES NOUVELLEMENT RECRUTÉES
CSSS 1 – Décembre 2014	3	2
CSSS 2 – Mars 2016	3	2
CSSS 3 – Décembre 2016	3	2

Nous avons utilisé une grille d'entrevue développée autour de quatre thèmes majeurs : le processus d'intégration à l'organisation des nouvelles recrues, le décalage entre les savoirs appris en formation et les compétences requises en situation de travail, le processus de transmission des savoirs entre nouvelles recrues préposées et expérimentées,

5. La loi « modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales » (dites « loi 10 »), réformant les CSSS en CISSS et CIUSSS au Québec par un processus de fusion des CSSS, eut lieu durant l'étude, mais n'a pas eu de conséquences sur son déroulement.

et les savoirs expérientiels en santé et sécurité au travail développés dans le cadre de la pratique. Nous nous intéresserons ici plus particulièrement aux trois premiers thèmes.

Les données des observations et les entrevues ont été intégralement retranscrites. Le codage et l'analyse ont débuté dès la période de collecte de données, dans une perspective itérative, telle que proposée par Miles et Huberman (2003). Nous nous sommes inspirés de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 2009), en restant ouverts à des contenus d'observation non liés à un thème déterminé par les grilles, pour construire de nouveaux thèmes spécifiques relatifs aux thèmes mentionnés afin de rendre compte de la logique des expériences vues et entendues (Paillé, 2007).

2. L'EXPÉRIENCE DE LA DISCONTINUITÉ ENTRE FORMATION THÉORIQUE ET STAGE

Les préposées sont le personnel responsable de l'assistance directe auprès des patients/résidents dans le cadre d'une institution de santé. Dans le contexte gériatrique québécois dans lequel s'est réalisée notre étude, les préposées sont en charge des multiples tâches relatives à la vie quotidienne des résidents : aide à l'hygiène, à l'habillement, à l'alimentation, au déplacement des résidents, etc. Dans le contexte des CSSS et des CISSS, les préposées nouvellement recrutées sont, pour une grande majorité, titulaires du diplôme d'études professionnelles (DEP) d'assistance à la personne en établissement de santé, certifié par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec. Ce DEP de 750 heures permet aux préposées d'acquérir un certain nombre de compétences (formellement, 16 au total), telles que « considérer les besoins des clientèles dans une approche globale de la personne », « établir une relation aidante », « adopter des approches relationnelles avec des personnes présentant des problèmes de santé mentale, des déficits cognitifs ou des incapacités intellectuelles » ou encore « prodiguer des soins et des services d'assistance à des personnes requérant des soins de longue durée ». L'ensemble de ces compétences visent à ce que la future préposée puisse tisser un lien de qualité et adopter des pratiques correctes au moment d'être en emploi. Le tableau suivant présente les cours dispensés dans la formation des préposées, ainsi que le nombre d'heures dédiées à chaque cours.

TABLEAU 2. LISTE DES COURS SELON LE NOMBRE D'HEURES PAR COURS POUR LE DEP
« ASSISTANCE À LA PERSONNE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ »

LISTE DES COURS	HEURES
Se situer au regard des métiers et de la démarche de formation	30
Considérer les besoins des clientèles dans une approche globale de la personne	45
Prévenir les infections et la contamination	30
Adopter des comportements professionnels conformes au décorum et à l'éthique des métiers	30
Établir une relation d'aide	30
Interagir au sein d'une équipe	30
Considérer les manifestations de maladies et d'incapacités physiques ainsi que les besoins particuliers des personnes atteintes	45
Adopter des approches relationnelles avec des personnes présentant des problèmes de santé mentale, des déficits cognitifs ou des incapacités intellectuelles	60
Appliquer des procédés de soins d'assistance	120
Dispenser les premiers secours	30
Assister les personnes en soins palliatifs	15
Utiliser des moyens de recherche d'emploi	15
Appliquer des procédés de soins d'assistance particuliers aux unités de soins	30
Prodiguer des soins et des services d'assistance à des personnes requérant des soins de longue durée	105
Prodiguer des soins et des services d'assistance à des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, de déficits cognitifs ou d'incapacités intellectuelles	60
Prodiguer des soins et des services d'assistance à des personnes requérant des soins de courte durée	75
Total :	750

Deux cent quarante heures de stage en milieu de travail sont obligatoires, dans différents milieux de travail (CHSLD, hôpitaux, centres hospitaliers psychiatriques, etc.) pour le personnel formé. Ces stages permettent aux personnes en situation de formation de mieux connaître la réalité du travail de préposée dans ces différents environnements. Pour les préposées que nous avons interrogées, le stage fut un moment important pour faire l'expérience de certains écarts entre les savoirs acquis lors de la formation théorique et le travail réel en stage, sous l'œil d'une préposée expérimentée.

Tu es accompagnée d'une autre préposée, une orienteur comme on dit, alors tu la suis sur un ou deux quarts [périodes] de travail, donc sur deux jours, puis après tu changes de quart ou d'unité. Donc c'est le moment où tu vois la réalité des personnes, tu vois leur manque d'autonomie. Ce qui choque beaucoup en rentrant, c'est le manque d'autonomie des personnes. (Préposé, CISSS 3, nouvelle recrue)

Cette préposée mentionne un premier écart portant sur l'image du résident, pensée de manière abstraite dans le cadre de la formation théorique, mais rencontrée réellement lors du stage en CHSLD. Ces derniers souffrent majoritairement de fortes pertes d'autonomie, de problématiques de fragilisation de leur santé physique et psychologique ou cognitive. La personne âgée en établissement est donc perçue dans sa situation réelle, ce qui nécessite un ajustement de la perception des préposées sur ce que sera la tâche à réaliser pour maintenir l'autonomie des personnes.

On te dit en formation que tu dois assurer ou... faire en sorte que l'autonomie de la personne soit respectée. C'est ce qu'on te dit pour le PDSB [Principes de déplacement sécuritaire de bénéficiaires] par exemple. Mais tu te rends compte en stage qu'en fait, elles ont plus trop d'autonomie, ou très peu, faut travailler avec ça, mais la marge est réduite quand même. Tu es le plus souvent en assistance totale des personnes plutôt qu'en supervision. (Préposée, CISSS 1, nouvelle recrue)

L'autre point majeur concerne les temporalités, et notamment l'intensité des rythmes de travail. Il semble clair que, lors des stages, une des difficultés majeures ressenties par les préposées est l'intensité du travail, notamment la charge de travail lourde, peu abordée lors de la formation pratique. Cette expérience en stage conduit les préposées à visualiser progressivement la difficulté, voire l'impossibilité de réaliser dans les temps proposés en formation théorique les activités quotidiennes qu'elles doivent développer, notamment l'aide à l'hygiène ou à l'alimentation, par exemple.

Au départ, il y a un décalage entre le temps que tu as pour faire une toilette ou un bain en formation, et le temps quand tu arrives ici. Tu réduis le temps par deux ou trois, tu passes de 45 minutes,

à 15 ou 20 minutes. Donc tu dois faire autrement (...) pour être certain que tu finisses dans les temps tous les résidents que tu as à faire. (Préposée, CISSS 1, nouvelle recrue)

La confrontation des stagiaires à l'intensité des rythmes de travail conduit ainsi à une transformation de la représentation des préposées sur leur activité: elles s'aperçoivent alors qu'elles vont devoir composer entre l'obligation de réaliser une assistance de qualité et l'exigence de maintenir un rythme de travail intense. La personne significative dans cette transformation est sans doute la préposée expérimentée qui oriente les nouvelles recrues. C'est à elle que revient la tâche importante de montrer la réalité du travail dans l'organisation gériatrique et de transférer les compétences nécessaires à la gestion des contradictions entre la formation et le contexte de pratique. Les nouvelles recrues vont suivre l'expérimentée dans son travail quotidien pour visualiser les activités à réaliser. La préposée expérimentée donne son point de vue sur le travail à réaliser et se prononce sur la qualité de la formation donnée.

Quand je m'occupe de l'orientation des jeunes, je leur dis : « Oubliez tout ce que vous avez appris » ? Pas tout tout, il y a du bon quand même, mais tout ce qui concerne le temps pour faire des bains, tout ça, oublie ça, c'est toujours go go go... Pas le temps. Alors certaines filles sont vite découragées (...). La plupart vont tenir, elles vont rester, mais après c'est au bout de quelques années que tu es épuisée. (Préposée, CISSS 2, préposée expérimentée)

De fait, l'orienteur participe à la transmission d'une nouvelle représentation du travail qui vient se confronter à celle acquise lors de la formation initiale. Elle permet de préparer la stagiaire à la difficulté du travail qu'elle aura à accepter dans le cadre de sa future pratique, lors de son entrée réelle dans le CHSLD, et à gérer les contradictions.

3. L'EXPÉRIENCE DE LA DISCONTINUITÉ ENTRE FORMATION ET TRAVAIL DANS L'ORGANISATION

Une fois la formation et le stage terminés, la préposée diplômée qui trouve un emploi peut intégrer un CHSLD. L'intégration dans l'organisation commence par une phase dite d'orientation. Une préposée expérimentée oriente une nouvelle recrue en lui montrant quelle sera sa tâche, et en lui présentant les résidents et leurs particularités. Souvent, l'orienteur a encore sa pleine tâche personnelle à effectuer en même

temps que l'orientation des nouvelles recrues, ce qui complexifie toute dynamique de transmission réflexive de compétences, empêchant en effet le déploiement d'espace-temps de discussion.

On est prêt à travailler, et on a droit à une phase d'orientation, mais ça dure quoi ? Ça dépend des endroits, mais souvent c'est quelques heures, une journée, deux journées, et hop tu pars travailler. On n'attend pas, y'a pas le temps de toute façon. Donc tu dois être prête rapidement. (Préposée, CISSS 1, nouvelle recrue)

La difficulté, pour les recrues, est de développer des savoirs susceptibles d'être efficaces dans le cadre du travail réel. Deux enjeux fondamentaux complexifient le travail réel, soit d'une part l'intensité du travail (nombre de résidents par rapport au temps accordé) et, d'autre part, la nature des normes de qualité. L'intensité du travail est sans nul doute la plus importante critique formulée par les préposées lors des entrevues, c'est-à-dire le fait d'avoir un nombre important d'activités à réaliser (aide au réveil, à la toilette, à la marche, etc.) pour un nombre accru de résidents qui, eux, souffrent de multiples problématiques physiques et cognitives qui s'alourdissent sans cesse en raison d'une politique publique privilégiant le soutien à domicile pour des personnes qui, jadis, se retrouvaient parfois dans les organisations de soins de longue durée. Le sentiment d'alourdissement de la clientèle est donc clairement avéré, le pourcentage de personnes hébergées ayant passé de plus de 7 % il y a deux décennies à 2,6 % aujourd'hui (Vérificateur général du Québec, 2013).

Concernant les normes de qualité, les préposées doivent en principe « s'adapter au résident ». Cette approche est promue par le développement depuis plus de 15 ans de normes de qualité par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), telle que l'approche Milieu de vie en 2003 (MSSS, 2003). Cette notion de « milieu de vie » porte sur la mise en application de l'adaptation de l'organisation et de ses employés aux besoins des résidents. Ici, les préposées doivent s'organiser individuellement et collectivement pour réaliser leurs tâches d'assistance dans le respect des besoins et des choix des personnes âgées. Mais toute la difficulté est de parvenir à gérer cette double contrainte relative à la charge du travail et à la qualité des pratiques.

On te dit : tu dois respecter le rythme du résident. On te dit ça pour le PDSB, on te dit ça pour Milieu de vie. Oui, mais tu n'as

pas le temps. Si je prends le temps de faire marcher deux dames, c'est sûr que ne finirai pas dans les temps. J'en choisis une, et si j'ai le temps! Donc c'est frustrant parce qu'on a l'impression de ne jamais y arriver. (Préposée, CISSS 1, nouvelle recrue)

Ainsi, les préposées sont sommées de faire preuve d'initiative, d'autonomie, etc., et doivent continuellement s'adapter à la charge de travail pour parvenir par elles-mêmes ou grâce au collectif de pairs à respecter la charge de travail tout en respectant *a minima* l'autonomie des personnes. Dans ce cadre, la préposée expérimentée détient une place fondamentale. Comme on l'a mentionné ailleurs (Aubry, 2012), la période d'orientation est reconnue comme une période de sélection où l'expérimentée va juger de la capacité de la nouvelle recrue à développer de nouveaux savoirs non issus de la formation initiale, afin de respecter la charge de travail prescrite. Cette période du jugement est rapide (le temps de l'orientation), mais nécessaire pour s'assurer que la nouvelle recrue pourra se mouler au mode de fonctionnement du collectif de travail.

Moi je dois regarder si la nouvelle a une approche positive avec les résidents, si la relation est bonne. Et aussi, je dois voir si elle fait le travail dans les temps, si elle a un bon rythme, une bonne initiative. Parce qu'elle ne doit pas mettre en retard l'équipe. (PaB, CISSS 2, préposée expérimentée)

Le décalage entre la formation initiale et le travail réel dans l'organisation remet ainsi en question la qualification nécessaire pour effectuer ce métier. En effet, selon Stroobants (2007, p. 83), la qualification est définie comme une «relation stabilisée entre les qualités supposées acquises par les catégories d'individus et des qualités supposées requises par des catégories d'emploi». Ici, c'est cette stabilité qui est remise en question. Il semble plutôt exister un déséquilibre entre les deux types de qualités, principalement lié à la charge de travail et à l'abondance contradictoire de normes de «prendre soin». Les savoirs que doivent développer les nouvelles recrues ont trait justement à l'adaptation du rythme de travail tout en assurant la qualité des pratiques telle que promue lors de la formation initiale. De fait, la formation initiale crée un idéal difficile à atteindre, que Molinier (2010, p. 143) dénonce justement : «Les formations peuvent exacerber un idéal que les

soignants ne sont pas en mesure d'atteindre, avec tous les risques que l'on connaît en termes de *burn-out*, que ce soit sur le versant de l'activisme et de l'épuisement ou sur celui de la démotivation.»

4. LA TRANSMISSION DE STRATÉGIES DE RÉGULATION DU TEMPS : LE RÔLE DU COLLECTIF DE TRAVAIL

Il semble assez clair que l'intégration professionnelle des nouvelles recrues préposées dans les CHSLD n'est pas seulement le fait d'un calque des compétences apprises en formation pour leur application sur le terrain, précisément parce que le travail demandé n'est plus le même : il change d'intensité et est structuré par des contradictions que la préposée se doit de gérer. De fait, ce ne sont plus les mêmes savoirs qui sont mobilisés. L'intégration à l'organisation doit alors être pensée comme un processus de reconstruction des savoirs issus de la formation initiale dans le contexte du travail réel, donc de transmission de savoirs des plus expérimentés vers les nouvelles recrues. En ce sens, le processus d'intégration des recrues peut être pensé comme un processus social dans lequel trois acteurs sont impliqués, soit la recrue, le collectif de travail (par la préposée expérimentée comme représentant) et l'organisation gériatrique qui impose les règles de qualité et de quantité (Iazykoff, 2009).

Comment ce ménage à trois parvient-il à s'instituer dans le cadre de l'intégration des nouvelles recrues ? Nous avons aussi démontré ailleurs (Aubry, 2012) que le collectif de pairs détient un rôle fondamental dans la construction de nouvelles règles et pratiques de travail, afin que celles-ci soient clairement en adéquation avec le rythme de travail et les normes de qualité. Plus exactement, le collectif de pairs va jouer un quadruple rôle dans ce processus :

- La première fonction du collectif est de transformer les injonctions organisationnelles (quantité/qualité) en rythmes de travail contradictoires : ces deux rythmes sont un rythme lent dans le contact direct avec le résident, mais un rythme rapide pour l'ensemble de sa charge de cas dans le quart de travail.
- La deuxième fonction du collectif est la sanction de la compétence des recrues à « jongler » avec les deux rythmes de travail contradictoires : La nouvelle recrue doit donc démontrer sa

capacité à ne pas trop ralentir son allure générale – afin de ne pas retarder son travail de quart, ni trop accélérer la pratique – pour ne pas risquer de commettre un acte négligeant.

- La troisième fonction est de sélectionner les préposées compétentes à gérer ces contradictions, à partir de l'évaluation précédente.
- La quatrième est enfin de transmettre aux préposées sélectionnées des stratégies de régulation du temps nécessaires pour parvenir à jongler efficacement avec les rythmes de travail – stratégies que nous avons déjà présentées ailleurs (Aubry, 2012).

La préposée expérimentée joue ce rôle de transmission de stratégies de régulation. Elle transmet non seulement une norme temporelle aux nouvelles recrues, mais elle crée également le cadre du développement de stratégies de régulation du temps. Ces stratégies sont de deux ordres : acceptées par la hiérarchie organisationnelle ou clandestine (Aubry, 2012), selon l'accord donné par l'organisation (et plus exactement les gestionnaires immédiats, c'est-à-dire les chefs d'unité de vie) dans l'usage de ces stratégies. Il s'agit de stratégies qui ne sont pas issues de la formation initiale et qui visent à réduire le temps dans certaines tâches : utiliser un souleveur seul plutôt qu'à deux, réaliser une toilette ciblée sur certaines parties du corps plutôt qu'une toilette complète, etc.

Quand tu arrives, tu penses que tu vas avoir le temps de faire une toilette complète... Mais non. On va t'apprendre et tu vas apprendre à aller plus vite (...) T'attendras pas ta collègue dans le corridor, tu vas faire ton souleveur seule, pis d'autre chose pour finir dans les temps. Parce que moi (...) en quart de jour, je dois avoir fini mes toilettes à 11 heures. (PaB, CISSS 1, nouvelle recrue)

En sociologie du travail, la théorie de la régulation sociale (TRS) permet de comprendre cet usage de stratégies adaptatives. Elle prend appui sur l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Selon Terssac (2008), le travail ne se réduit pas à l'exécution des tâches prescrites. La coordination des pairs permet de réduire l'écart, par un travail de régulation autonome, qui agit en contradiction avec la régulation de contrôle des directions. Il se réalise donc une invention de règles collectives. Comme le mentionne Terssac (2012, p. 51) : « Ces règles ne sont

pas le résultat de stratégies individuelles (...). Elles sont plutôt un compromis élaboré collectivement, le résultat d'un apprentissage collectif au travers d'échanges et de confrontations.» Cette théorie tend donc à démontrer que l'autorité hiérarchique ne dispose pas de toutes les formes de pouvoir présentes dans les organisations. Au contraire, un groupe sans autorité hiérarchique peut imposer des normes (Reynaud, 2012), et peut aussi faire preuve d'innovations. De fait, le collectif de pairs de préposées organise le travail pour faire en sorte d'atteindre la finalité demandée (charge de travail/qualité du travail), tout en trouvant des moyens innovants – mais parfois clandestins, voire interdits par l'organisation – d'y arriver.

Suivant Molinier (2006), le collectif de travail impose aux nouvelles recrues des « savoir-faire discrets ». Car ces stratégies ne se présentent pas facilement au regard : elles font partie intégrante de la pratique des PaB, qui nous la mentionnent néanmoins dans le cadre d'entrevues, pour mieux saisir la contradiction qu'ils vivent dans le cadre de leur pratique. Les préposées transforment donc collectivement leur pratique pour parvenir à tenir les rythmes de travail, issus des normes contradictoires imposées par l'organisation, et les transmettent ainsi aux nouvelles recrues.

Le souleveur [lève-personne], c'est un bon exemple (...). Tu dois le faire à deux dans beaucoup d'organisation, mais souvent c'est tout seul, parce que tu sais que si tu attends une collègue pour le faire, tu perdras quoi ? 10 minutes... Tu ne peux pas te permettre. On sait que c'est pour le bien de la personne, pour ne pas qu'elle chute ou se blesse, mais au final, on n'a pas le temps. (Préposée, CISSS 2, expérimentée)

Tu n'as pas appris à faire ça en formation, mais (...) au bout de quelques temps que tu travailles là, tu sais que t'as pas le choix, sinon t'es en retard, t'es mal vu par tes collègues, qui disent que tu n'avances pas, ou alors par le quart suivant qui va devoir rattraper le travail. (Préposée, CISSS 2, expérimentée)

Une phrase type nous semble tout à fait représenter cette situation difficile, notamment pour les nouvelles recrues, et elle nous a été formulée par une préposée plus expérimentée : « Il faut qu'on néglige à quelque part. » Cette formulation renvoie à l'idée qu'il est obligatoire, dans les circonstances organisationnelles actuelles, de délaissier une

partie du travail de qualité si les préposées veulent parvenir à finir l'ensemble du travail demandé, au risque de s'épuiser. La question se pose alors de vérifier si, pour les nouvelles recrues, la réélaboration de la tâche se comprend aussi comme une redéfinition de l'éthique du travail. Le niveau de qualité des pratiques perçu comme « normal » par les préposées tend-il à diminuer par cette réélaboration des tâches ?

5. L'ACTIVITÉ EMPÊCHÉE COMME GENÈSE DE LA SOUFFRANCE ÉTHIQUE

Notre étude ne permet pas de montrer que la réélaboration collective des tâches chez les nouvelles recrues préposées conduit nécessairement à une réélaboration d'une éthique collective du prendre soin. Dit autrement, ce n'est pas parce que les préposées doivent transformer leurs tâches relativement à ce qu'elles ont appris en formation qu'elles transforment leur point de vue sur ce qu'est un travail relationnel de qualité. Justement, il se crée ici un écart important entre la tâche telle qu'elle est imposée et la tâche telle que les préposées souhaiteraient la réaliser.

Cet écart est, selon nos résultats, la principale critique formulée par les préposées à l'encontre de leur travail, avant même les enjeux salariaux ou relatifs aux conditions de travail (conciliation travail-famille, par exemple), qui sont pensés pourtant comme fondamentaux dans le cadre de certaines recherches portant sur les jeunes salariés (Bender, 2009). En clair, les PaB disent souffrir principalement de ne pas parvenir à atteindre l'idéal du travail qui est au fondement de leur identité professionnelle.

Le plus difficile, c'est que tu travailles pour des personnes âgées, avec des gros problèmes de santé, on est souvent leur seule famille, et on n'a pas le temps malheureusement de s'occuper d'eux comme on voudrait. C'est ce que je dis aux jeunes qui arrivent, en fait, tu réveilles une personne âgée, hop, tu en réveilles une autre... tu n'arrêtes pas. Tu aimerais t'en occuper plus, tous ici aimeraient ça, mais tu n'as pas le temps. (PaB, CISSS 2, expérimentée)

La définition la plus éclairée de ce processus est celle d'« activité empêchée », selon Clot (2010). Pour lui, l'impossibilité des travailleurs de réaliser l'activité au cœur du métier est une cause majeure de souffrance. Certes, selon lui, « le collectif digère la prescription sans la

récuser a priori pour la mettre au service de l'action qui convient le mieux » (Clot, 2010, p. 102). Ceci revient à placer dans le collectif la responsabilité de la construction et la transmission de stratégies de régulation du temps, tel que nous l'avons mentionné plus haut. Mais cette transformation du travail, dans le cadre du service aux personnes âgées, ne transforme pas radicalement le point de vue des préposées sur la qualité du travail qu'elles n'arrivent pas à atteindre. Le collectif, dans le contexte spécifique de la gériatrie, ne permet pas aux préposées de « mieux vivre » l'impossibilité de réaliser correctement des tâches relationnelles, mais seulement de respecter *a minima* les tâches contradictoires par l'usage de ces stratégies.

De fait, reprenant Clot (2010), il faut mentionner que l'activité empêchée conduit à la souffrance du travailleur, et plus exactement à une forme de « souffrance éthique », c'est-à-dire d'un conflit de valeurs entre les tâches réélaborées et l'idéal du travail. Gernet et Chekroun (2008) mentionnent à ce sujet que la souffrance éthique est une souffrance morale consécutive au fait de ne pas parvenir à réaliser les tâches selon des modalités moralement acceptables. Chez les préposées, le fait de ne pas avoir le temps de réaliser des actes de qualité est un aspect majeur de cette souffrance. L'existence de cette souffrance nous conduit à penser que le collectif de travail joue un rôle majeur dans la régulation de la tâche, voire dans la construction d'une perception commune et normative de ce qu'est « bien travailler » (Lechevalier Hurard, 2013), mais ne permet pas de réduire la distance entre l'idéal du travail et le réel défini par l'activité empêchée. Le collectif permet un ajustement efficace, mais toujours fragile en termes de productivité par la construction et l'usage de stratégies de régulation du temps (si, bien sûr, celles-ci sont rendues possibles par la constitution d'espaces de délibération), mais n'est pas en tant que tel une ressource suffisante pour éviter les formes de souffrance éthique vécues notamment par les nouvelles recrues. Les multiples commentaires sur le sujet que nous avons entendus dans le cadre d'un projet portant sur la fragilisation de la santé mentale des préposées (Aubry *et al.*, 2015) viennent nous confirmer l'importance décisive de réduire ces contradictions si les établissements de santé veulent maintenir en santé leur personnel, et ne pas se reposer uniquement sur l'effet du collectif de travail.

Ainsi, la réélaboration collective des tâches ne transforme pas radicalement la définition éthique du prendre soin des préposées

nouvellement recrutées. La définition éthique du prendre soin reste ancrée largement sur une logique du *care*, de l'intimité, bref, du temps long de l'assistance. L'identité professionnelle même des préposées est constituée par cette composante relationnelle et intimiste, et se trouve même validée par la formation initiale, durant laquelle il n'est pas proposé de situations de formation contraintes par le rythme de travail. On comprend mieux alors le désenchantement vécu par certaines préposées au moment d'intégrer les organisations gériatriques lorsqu'elles ressentent alors la culpabilité de « ne pas s'occuper de leurs résidents », sentiment à la base de leur souffrance éthique.

CONCLUSION

Ce chapitre visait deux objectifs. Le premier était de démontrer l'importance du décalage entre la formation initiale, la période de stage et la réalité du travail en CHSLD pour les préposées. Nous avons montré à quel point ce décalage conduit à la réélaboration collective de la tâche, actualisée pour les nouvelles recrues notamment lors de la phase d'orientation pensée comme une phase de transmission de nouveaux savoirs non issus de la formation initiale. Il semble clair que le collectif de travail joue un rôle décisif de création de stratégies afin de réduire le décalage entre les savoirs appris en formation et les savoirs nécessaires en situation de travail, largement conditionnés par la charge de travail.

Le second objectif était de réfléchir à une éventuelle redéfinition de l'éthique du prendre soin des préposées consécutivement à la réélaboration des tâches collectives. Il semble ici que les préposées ne transforment pas leur rapport au prendre soin lors de leur intégration à l'organisation. Au contraire, la source même de la souffrance actuelle des préposées est certainement la souffrance éthique, c'est-à-dire le sentiment que ce qu'ils font va à l'encontre des fondements moraux de leur identité professionnelle, telle qu'incorporée lors de leur formation initiale. Les nombreuses problématiques de santé psychologique subies par les préposées peuvent, dans ce cas, être identifiées comme la conséquence d'une telle souffrance éthique (Aubry *et al.*, 2015). Il serait alors nécessaire de considérer l'importance décisive de la charge de travail dans le travail des préposées et ses conséquences sur leur bien-être au travail.

Considérant les faibles moyens actuels accordés aux CHSLD pour assurer la présence d'un nombre suffisant de préposées, il est important

de penser à des formes innovantes d'organisation du travail. L'une d'entre elles est certainement de donner davantage de latitude décisionnelle au collectif de travail, c'est-à-dire d'identifier des espaces/temps de délibération permettant aux préposées de se rencontrer afin de discuter de leurs problématiques et de faciliter la transmission des savoirs. Si cette initiative ne permettrait pas de réduire définitivement la souffrance éthique, elle permettrait certainement au collectif de mieux gérer les phases de travail – tel que cela a déjà été démontré ailleurs (Feillou, 2016) – et de réduire minimalement la charge psychique pour chacun des travailleurs. Bref, elle serait une occasion de donner le pouvoir aux préposées (Aubry, 2016) de trouver par elles-mêmes des solutions innovantes à l'intégration des nouvelles recrues et au déroulement quotidien de leurs activités, et qu'elles puissent *in fine* affronter « l'épreuve de professionnalité » (Billaud et Xing, 2016) qu'est la conciliation des objectifs contradictoires.

RÉFÉRENCES

- Aubry, F. (2012), « Les rythmes contradictoires de l'aide-soigné. Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, vol. 16, consulté sur internet : <<https://temporalites.revues.org/2237>>.
- Aubry, F. (2016), « Les préposés aux bénéficiaires au Québec entre amour du métier et dégoût de la tâche : comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe », *Sociologie et sociétés*, vol. 48, n° 1, p. 169-189.
- Aubry, F., F. Bergeron-Vachon, L. Matte Guilmain, N. Beauregard et F. St-Hilaire (2015), *S'absenter, c'est se protéger ? Stratégies pour prévenir l'absentéisme des préposés aux bénéficiaires causé par des problématiques de santé psychologique et soutenir le retour au travail*, Rapport de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, Montréal, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- Bender, A.-F. (2009), « Le rapport au temps de travail des jeunes salariés », dans S. Bellini et J.-Y. Duyck (dir.), *En âge de travailler. Recherches sur les âges au travail*, Paris, Vuibert, p. 65-79.
- Billaud, S. et J. Xing (2016), « “On n'est pas si mauvaises !” . Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », *SociologieS*, consulté sur internet : <<http://sociologies.revues.org/5372>>.
- Bryson, J. M., B. C. Crosby, et L. Bloomberg (2014), « Public value governance : Moving beyond traditional public administration and the new public management », *Public Administration Review*, vol. 74, n° 4, p. 445-456.

- Clot, Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La découverte.
- Feillou, I. (2016), «Adapter les soins d'hygiène aux résidents en CHSLD», *Objectif Prévention*, vol. 39, n° 1, p. 20-22.
- Gernet, I. et F. Chekroun (2008), «Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées», *Travailler*, vol. 20, p. 41-59.
- Glaser, B. et A. Strauss (2009), *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, Piscataway, Transaction Books.
- Iazykoff, V. (2009), «Le management des jeunes embauchés : Un jeu à trois avec les anciens», dans S. Bellini et J.-Y. Duyck (dir.), *En âge de travailler. Recherches sur les âges au travail*, Paris, Vuibert, p. 111-125.
- Lechevalier Hurard, L. (2013), «Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique», *Sociologie du travail*, vol. 55, n° 3, p. 279-301.
- Miles, M. B. et M. Huberman (2003), *Analyse des données qualitatives*, Bruxelles, De Boeck.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003), *Un milieu de vie de qualité pour les personnes âgées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Molinier, P. (2006), *Les enjeux psychiques du travail : Introduction à la psychodynamique du travail*, Paris, Payot.
- Molinier, P. (2010), «Apprendre des aides-soignantes», *Gérontologie et société*, vol. 133, n° 2, p. 133-144.
- Paillé, P. (2007), «La recherche qualitative. Une méthodologie de la proximité», dans Henri Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux, Tome III. Théories et méthodologies de la recherche*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 409-433.
- Reynaud, J.-D. (2012), «Théorie de la régulation sociale», dans A. Bévort, A. Jobert, M. Lallement, et A. Mias (dir.) *Dictionnaire du travail*, Paris, Presses universitaires de France, p. 629-636.
- Stroobants, M. (2007), *Sociologie du travail*, Paris, Armand Colin.
- Terssac, G. de (2008), «Pour une sociologie des activités professionnelles», dans A. Bidet, A. Borzeix, T. Pillon, G. Rot et F. Vatin (dir.). *Sociologie du travail et activité*, Toulouse, Octarès, p. 191-205.
- Terssac, G. de. (2012), «Autonomie et travail», dans A. Bévort, A. Jobert, M. Lallement et A. Mias (dir.) *Dictionnaire du travail*, Paris, Presses universitaires de France, p. 47-53.
- Vérificateur général du Québec (2013), *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014*, Gouvernement du Québec, Québec.

CHAPITRE CINQ

Contribution des auxiliaires de soin et d'animation à un ordre négocié : adoucir l'entrée en maison de retraite médicalisée, faciliter l'incorporation

Murielle Pott

Des paradoxes majeurs caractérisent les maisons de retraite médicalisées (ci-après EMS¹) : lieux de mort présenté comme des lieux de vie, « chez-soi » institutionnel, vie communautaire visant à l'autonomie personnelle (Anchisi et Debons, 2014). Des professionnel.le.s de formations diverses, organisés en strates hiérarchiques et fonctionnelles, encadrent des personnes âgées malades, aux capacités de discernement variables (Anchisi, 2010). Durant les premiers mois de vie en EMS, les personnes âgées devront s'adapter au fonctionnement institutionnel, élaborer un projet de vie personnel, tout en faisant face à la rupture dans la trajectoire identitaire (Mallon, 2004, 2005). Du côté des professionnel.le.s, il s'agit d'accueillir et d'intégrer un nouveau ou une nouvelle résidente en répondant aux visées parfois contradictoires de la gestion institutionnelle d'un côté et l'éthique de la sollicitude de l'autre (Avril, 2008). Un travail collectif et quotidien de prise en charge vise à « rétablir un niveau de bien-être satisfaisant » (Spini et Clémence, 2003) pour la personne âgée dans ce contexte particulier de l'EMS. Dans le cadre d'une étude ethnographique², nous avons cherché à

-
1. Nous utiliserons l'acronyme EMS des établissements médicaux sociaux suisses, semblables aux EPHAD français et aux CHSLD québécois.
 2. Pott, M. et J. Debons (2010-2012) « *Quatre saisons en EMS. Analyse du processus d'adaptation durant la première année de vie en institution médico-sociale* ». Projet soutenu par le FNS et la Eugen & Elisabeth Schellenberg – Stiftung.

comprendre l'initiation des processus d'adaptation, postulés comme réciproques, entre les résident.e.s, leur entourage et les professionnel.le.s. Nous avons donc considéré la maison de retraite comme un monde social en soi et plus particulièrement comme un ordre négocié (Strauss, 1992), produit par les relations qu'entretiennent les individus entre eux et par les relations qu'entretiennent les différents groupes professionnels et profanes en présence.

L'EMS dont il est question ici entre dans la catégorie des établissements de moyenne importance, avec une capacité de 59 lits. Au 28 janvier 2009, on constate que la moitié des résident.e.s est originaire du village où se situe l'EMS, et que la part restante est constituée de personnes d'origines diverses: L'âge moyen est de 79 ans, mais 14 personnes ont 90 ans et plus et 10 personnes ont 70 ans ou moins. Selon les données cantonales disponibles à l'époque, (DSSE, 2008), la durée moyenne de séjour dans ces établissements est de deux ans, elle oscille d'un minimum de trois mois à un maximum de six ans. Du point de vue organisationnel, la direction de l'établissement est restée inchangée depuis l'ouverture en 1989, et elle développe sans cesse de nouveaux projets. Son ambition est de réunir le plus possible les résident.e.s dans des espaces communs et par le biais des activités diverses. Les professionnel.le.s sont également invitée.s à participer aux activités collectives, qu'elles soient organisées pour eux et elles ou pour l'ensemble de la maison. En 1990, un foyer de jour est ouvert et sept ans plus tard, des appartements en résidence protégée. Dès 1997, l'EMS développe un projet intergénérationnel, avec une crèche dans une aile du bâtiment. Un service fermé a été créé il y a quelques années par suite du constat que les interactions étaient devenues trop problématiques entre les personnes souffrant de troubles cognitifs et les autres résident.e.s. Situé au sommet du bâtiment, le service fermé est architecturalement ouvert sur l'extérieur.

Au début de la recherche, nous avons négocié notre statut et notre participation avec la direction, afin de pouvoir déployer une observation participante. Après avoir présenté à l'ensemble des personnels le cadre et les objectifs de notre étude, nous avons intégré les équipes de soins et d'animation. Nous avons suivi le processus d'adaptation de 11 résidente.s dès les premiers moments de leur entrée, et ceci, pendant une année, mené des entretiens systématiques auprès d'eux. et d'elles, de leurs proches et des professionnel.le.s de proximité, ainsi que des

campagnes d'entretiens ponctuels auprès des personnels. Des procédés de recension (des observations ciblées, des inventaires, des analyses de contenus) ont été menés sur différents axes de la vie communautaire, comme les vacances, le journal édité par l'établissement, l'organisation de l'intendance ou les écrits professionnels.

1. L'ORDRE NÉGOCIÉ : LA VIE COMMUNAUTAIRE OBLIGATOIRE

Nous décrirons ici les arrangements que nous avons pu observer sous l'angle de leurs caractéristiques générales, puis nous nous focaliserons sur le personnel le moins formé, en nous interrogeant sur sa manière de contribuer à l'ordre négocié mis au jour. L'ensemble des interactions entre résident.e.s, famille et professionnel.le.s est sous le contrôle des responsables des différents secteurs, qui maîtrisent les processus s'y déroulant. Le manque de formation d'une partie du personnel de soins et d'animation est compensé par des procédures simples et des formulaires standardisés. L'organisation du travail de soins reste notablement calquée sur le modèle hospitalier. L'articulation structurante (protocoles) est très développée, dans le but avoué de garantir des prestations identiques pour tous et toutes. L'articulation de trajectoire (arcs de travail prévus) se confond presque avec l'articulation structurante. L'articulation opérationnelle (imprévus) est laissée au bon vouloir des professionnel.le.s, toutes catégories hiérarchiques confondues. Mais, dès que possible, les difficultés rencontrées avec les résident.e.s sont analysées et transformées en objets de procédures. Le service d'animation déploie une activité programmée dans le hall principal, le matin et l'après-midi, les jours de la semaine. Le vendredi après-midi est dédié aux activités individuelles. Les auxiliaires d'animation favorisent les activités qui permettent aux résident.e.s de se sentir utiles, démarche pas toujours en accord avec les attentes de certains résident.e.s, pour qui il n'est pas question de travailler. Dans l'organisation du travail, un horaire particulier a été instauré, réservé aux auxiliaires de soins. C'est un horaire de l'après-midi, centré sur les activités de loisirs ou de bien-être, que l'auxiliaire du jour peut censément organiser à sa guise. Les premières analyses effectuées tendent à montrer que l'ordre social s'organiserait plutôt autour de la constitution

d'une communauté de résident.e.s vivant sous le contrôle des professionnel.le.s, qu'autour de la création d'un nouveau «chez-soi» pour chaque nouvelle entrée.

2. ENGAGEMENT(S) DES AUXILIAIRES DE SOINS ET D'ANIMATION DANS L'ORDRE NÉGOCIÉ

L'établissement présente une répartition classique du personnel des maisons de retraite médicalisée, avec une faible proportion de personnel diplômé. Dans ce chapitre, les personnels peu ou pas formés sont désignées comme des auxiliaires de soin ou d'animation. Les neuf personnes³ interrogées travaillent depuis plusieurs années dans l'établissement. Elles ont été choisies par les responsables de secteurs, en fonction de critères d'organisation du travail, au moment des entretiens. Elles ont suivi plusieurs types de parcours professionnels avant d'être engagées dans l'établissement. Plusieurs aiment travailler près de leur domicile, avec des exigences de formation peu contraignantes. Les auxiliaires d'animation n'avaient ni expérience, ni formation dans le domaine avant leur entrée dans l'établissement, ce qui permet de les saisir dans le même mouvement d'analyse que les auxiliaires de soins. Trois d'entre elles ont commencé leur activité dans l'établissement dans un autre poste : cuisine, lingerie, soins, puis ont passé à l'animation ultérieurement. Ayant eu l'opportunité d'interroger simultanément quatre infirmières, nous mettrons en perspective leurs points de vue.

2.1 Adoucir la rupture de l'entrée

Alors que les nouveaux.nouvelles résident.e.s vivent en général leur entrée comme un moment de rupture, les infirmières l'organisent sous l'angle de la continuité. Les proches quant à eux, éprouvent un certain soulagement, du moins ceux qui ont fortement contribué au maintien à domicile. Les auxiliaires de soin considèrent que l'un des axes principaux de leur travail est d'adoucir l'entrée, de faciliter le passage, qui serait un moment critique, pendant lequel il ne faut pas les laisser seul.e.s. Carine met en avant la dimension relationnelle de son

3. Nous utiliserons le féminin pour les désigner, puisque sur les neuf personnes, il y a un seul homme. Cette manière de procéder nous permettra également de garantir la confidentialité.

travail. Elle met en place une phase d'observation des nouveaux. nouvelles résident.e.s, visant à comprendre les différentes facettes de leur personnalité, pour ensuite les aider à s'adapter au mieux. Elle est rejointe par une jeune infirmière qui met l'accent sur l'évaluation précoce, en vue d'adapter le nouveau : « *C'est un moment pour me présenter, mais c'est aussi un moment pour évaluer son état, à tous les niveaux : mobilité, intégrité, bonne posture, tout ce qu'elle a besoin et mettre le plus possible [de choses] en place.* » On voit ici un des éléments clés de la différence entre les infirmières et les auxiliaires de soins : les premières utilisant la relation pour obtenir des informations, les secondes se mettant dans une perspective de soutien et d'empathie, comme Marie, qui est très consciente des apprentissages à effectuer dans ce contexte de crise : « Ils ont tout perdu je pense ; la maison, les habitudes. Ici, il y a des heures... C'est vrai qu'il y a beaucoup à apprendre... Enfin à apprendre et à s'habituer. » Elle est rejointe par Rose, qui trouve que c'est difficile de trouver « les joies d'être ici » : une maison avec des étrangers, qui n'est pas la leur, avec des règles auxquelles il faut se conformer et où les choses changent trop vite. Elle s'efforce de faire connaissance, de saisir leurs souffrances, chacune particulière. Elle n'hésite pas à se livrer, considérant qu'il faut échanger :

J'ai plus d'affinités avec certains que d'autres. C'est vrai. Il y a des gens aussi qui ne s'ouvrent pas ; même si on essaie, ils sont fermés. Même si tu essaies de rentrer, de parler avec eux, ils s'enferment. Et moi je suis quelqu'un de très ouvert, j'aime bien parler. J'aime bien savoir leur histoire de vie ; je partage aussi la mienne, je ne suis pas égoïste !

Elle pense que certain.e.s ne s'adaptent jamais, se considérant comme « inutiles au monde », tandis que d'autres s'ouvrent, s'attachent, participent aux activités. Fiona, une des infirmières, partage cette perception de l'entrée comme une rupture majeure :

Fiona : Mais en tout cas, une chose est sûre : quand une nouvelle personne entre, si je suis là, je vais l'entourer le maximum pour dire de... Et cela est important. Qu'elle ne se sente pas perdue, complètement abandonnée.

INT : Ça veut dire que vous les avez à l'œil ? Vous êtes peut-être plus là ? Vous allez être attentifs...

Fiona : ... à ce qu'ils veulent, à ce qu'ils ne veulent pas, à ce qu'ils désirent ; oui les entourer, qu'ils ne se sentent pas abandonnés, pas parqués dans un lieu qu'ils ne connaissent pas, bon même s'ils connaissent la plupart des résidents ; certains se connaissent entre eux donc cela se passe bien ; mais c'est leur mort de rentrer dans un home ; c'est leur mort.

Les auxiliaires de soin sont sensibles au côté contraignant et compliqué de l'organisation du travail. Une des infirmières expérimentées considère que certaines de ses collègues ne font pas la part des choses, entre la maison de retraite et le domicile, elle considère que c'est au nouveau de s'adapter :

Eh bien, pendant ce mois-là déjà... Bon ça dépend de la personne ; en fait, on regarde quand même qu'elle s'habitue ; on est un peu plus présent, on oriente, on explique les choses plusieurs fois, on redit ; on dit bien que, s'ils ont besoin de nous, ils peuvent sonner ; on les accompagne quand même un petit peu plus ; parce qu'en général, les gens quand ils entrent, c'est toujours dans les premiers jours qu'ils font des chutes. Alors, maintenant, on essaie quand même d'être beaucoup plus attentifs de ce côté-là ; et après... on aura fait de notre mieux et c'est eux qui arrivent à s'adapter ou ils ne s'adaptent pas.

L'analyse des observations effectuées montre que, quelle que soit leur formation ou leur sensibilité au contexte qui entoure l'entrée en EMS, les personnels contribuent en fin de compte à mettre en œuvre l'idée qu'il s'agit moins d'élaborer des projets de vie individuels que de favoriser l'apprentissage des potentialités offertes par la vie en institution, et ceci, dès les premières heures.

2.2 Donner du temps, faire jaillir la vie

Face à cette option de vie communautaire, les auxiliaires d'animation singularisent leur action en affirmant qu'elles apportent de la vie et du bien-être aux résident.e.s. Même pour ceux et celles qui ne peuvent plus faire, regarder, c'est déjà s'animer. D'autre part, elles sont responsables de favoriser des espaces permettant une sociabilité, le lien entre les résident.e.s. Il s'agit de travailler à lever les oppositions en vue de les conduire à s'adapter. Finalement, une animation réussie, c'est lorsque tout est en harmonie nous dit Jacqueline : « *C'est*

magnifique, je mets la radio, une belle musique ; on boit le café ensemble, on discute avec les autres entre eux... les autres travaillent, tu vois, c'est tout en harmonie.» La direction déploie également son action inclusive sur les professionnel.le.s, en cherchant à exploiter leurs talents personnels pour le bien-être commun. Plusieurs auxiliaires de soins se spécialisent dans des approches complémentaires et on leur allouera du temps pour proposer leurs prestations aux résident.e.s. Liliane adore travailler dans cet établissement, elle s'y épanouit, se sent reconnue et considère qu'il est important «d'aller tous dans le même sens». Elle peut déployer sa philosophie de soins, consistant à réconcilier le corps et l'esprit, par des approches corporelles et la recherche des ressources, comme les centres d'intérêt: «*Tu ne dois pas être un robot. Et puis eux, ce n'est pas des numéros.»* Elle s'occupe des cas les plus difficiles, espérant que tous puissent jouir de ce qui est offert. Marie précise que son travail consiste à donner et à laisser du temps. Les auxiliaires d'animation se présentent aussi comme des donneuses de temps, qui serait la spécificité de leur activité, comme le dit Jacqueline: «*Oui, pour les toilettes, il faut gérer le temps ; il y a des personnes qui se lèvent plus tôt que les autres. Mais ici c'est différent. Quand on fait de l'accompagnement, on a le temps. Tu comprends ? On a le temps, le temps, il est exprès pour eux !*». Cette valorisation se construit dans les discours par une distinction d'avec les soins, qui relèveraient d'un programme alors que l'animation relèverait d'un accompagnement centré sur les résident.e.s. L'observation dévoile cependant que, si les activités d'animation sont de nature différente, leur forme est tout aussi strictement programmée que celle des soins. Pour Jacqueline, une des raisons qui la motive dans l'animation est la possibilité de modifier l'activité prévue :

L'animation c'est un joker ; t'as prévu de faire ça et peut-être, qu'à ce moment-là, ce jour-là ça ne joue pas, on va faire autre chose ... ça veut dire que tu es polyvalente ... c'est la vie aussi ; nous on amène la vie, on écoute les gens ; tout ça, c'est l'animation pour moi.

Certaines auxiliaires de soins sont sensibles au rythme imposé par l'organisation du travail. Florence apprécie par exemple quand enfin «*tout se calme et ils se calment*». Elle aime les contacts personnels. Pour elle, entrer à l'EMS, c'est tout perdre et les résident.e.s doivent accepter cela. Son travail consiste à leur tenir compagnie, être à l'écoute.

D'autre part, une auxiliaire d'animation relève que, même si des affinités se développent avec certains « pensionnaires », elles font en sorte d'éviter de prendre en charge régulièrement les mêmes personnes. Cela pourrait créer des tensions, les résident.e.s pourraient y voir des faveurs. Ce souci de distribuer équitablement l'attention est partagé par de nombreuses auxiliaires, tout service confondu. On constate ainsi que, bien qu'étant affiliées à des services différents, les auxiliaires partagent une même visée individualisante, les auxiliaires d'animation ayant besoin de la poser comme une spécificité. Mais cette visée reste difficile à mettre en œuvre.

2.3 Faire participer

Les auxiliaires doivent trouver des arrangements tenant compte de leur envie d'individualiser les prises en charge et des exigences de la participation à la vie communautaire. Toutes les auxiliaires d'animation mettent en avant *a priori* le respect du choix de ne pas participer aux activités prévues : « *Tu ne peux pas obliger une personne qui n'a pas envie, quoi* ». Pourtant, l'observation montre qu'elles insistent beaucoup pour les inciter à participer. Si une personne persévère dans une attitude de repli et de refus de s'engager dans les activités prévues, sans que les professionnel.le.s comprennent son attitude, le soupçon de troubles cognitifs est évoqué et tous ses comportements seront lus à travers le prisme de l'incapacité de discernement. Les auxiliaires d'animation considèrent que les activités prévues pour les résident.e.s qui ont été intégré.e.s à l'espace fermé relèveraient plus systématiquement de « l'accompagnement », alors que pour les autres sont mises en place des « activités » proprement dites. Distinctions qui s'opèrent sur une série d'oppositions concernant les capacités réelles ou supposées de ces résident.e.s, comme le dit Corinne :

Ici, en bas, c'est une gym dynamique ; ils ont encore des ressources, ils ont envie, t'as plein de ballons, ils ont envie de se défouler. Qu'en haut [service fermé], c'est plus pour garder un peu de mobilité, donc tu vas dans ce sens-là quoi. Une gym mais plus douce.

Le paradoxe tient ici au fait que les résident.e.s du service fermé ont une étroite marge de manœuvre dans leur déplacement : certain.e.s souffrent de comportement d'errance et se voient restreint.e.s dans leurs

activités, tandis que d'autres apprécient de rester dans leur chambre et se voient contraint.e.s de demeurer dans le salon durant plusieurs heures par jour. La mobilité idéale, dont les contours sont déterminés par les infirmières, est difficile à mettre en œuvre pour ces résident.e.s. En outre, les auxiliaires de soins sont très sensibles à l'enfermement et utilisent toute la marge de manœuvre qui leur est permise par l'organisation du travail, pour sortir les résident.e.s les plus atteints. Les auxiliaires d'animation déplacent également certains résident.e.s sur les autres étages, dans l'idée de favoriser la mixité, l'autonomie et le bien-être. Pourtant, cette mobilité dans les autres espaces ouverts, voire en extérieur, fait « *qu'ils sont vite perturbés, agités* ». Corinne, auxiliaire de soins, permet une forme de perméabilité et mobilité des résident.e.s dans les autres espaces, mais pour un temps très limité, où « *quand on voit que ça va moins bien, on va le prendre discrètement et puis le ramener où il est plus au calme et puis qu'il peut faire... Où il se sent bien, il retrouve ses petits repères, moins de bruit. C'est plus un petit cocon je dirais.* » Katia, elle aussi auxiliaire de soins, travaillant principalement avec les déments, représente un autre angle d'approche, puisqu'elle met l'accent sur l'attitude à développer face à l'énigme des comportements :

C'est exigeant dans le sens où nous devons les considérer comme des personnes adultes... adultes et saines en quelque sorte, mais prendre en considération leur démence. Alors c'est très exigeant parce que, moi, à mon sens, en dix ans, j'ai dû remettre mon attitude en question, ma façon de penser ; et en fait même à présent nous évoluons encore ; si maintenant nous avons une certaine... Enfin si nous avons une certaine aisance avec elle, avec la personne démente c'est parce qu'il y a eu du travail là-dessus.

Son travail consiste à faire en sorte que la personne démente se sente bien. Elle met sa personnalité au service de la profession, tout en faisant sienne la philosophie de l'établissement, passant du « je » au « nous » tout au long de l'entretien.

On constate donc que ces auxiliaires de soins ont intégré les normes de sollicitude. Par ailleurs, la direction est attentive à éviter la stigmatisation des situations les plus difficiles et à soutenir les professionnel.le.s les moins formés, qui sont les plus nombreux à privilégier le travail dans l'unité fermée. Lorsque les auxiliaires parlent de leur activité, on voit se dessiner des représentations des personnes âgées,

de l'institutionnalisation, de la bienfaisance assez contrastées. Entre l'obligation de participer, la recherche de liens personnels et la sensibilité à la rupture existentielle se déploie une variété de points de vue. Nonobstant, bon an, mal an, chacune contribue à l'ordre négocié mis au jour. Afin de mieux comprendre comment les auxiliaires de soins font tenir ensemble la réalité des corps qu'il faut laver et entretenir (Anchisi, 2016) avec la nécessité d'un lien social et les contraintes de l'organisation du travail, nous analysons la description que fait Elsa de son activité du matin, auprès d'un résident vivant dans le service fermé.

3. L'ADAPTATION EN TRAIN DE SE FAIRE

Elsa a 50 ans. Elle travaille depuis plusieurs années dans l'établissement. Elle a exercé une autre profession et a eu envie de travailler auprès des personnes âgées vers 45 ans, après avoir œuvré dans le domaine et suivi quelques cours sur la maladie d'Alzheimer. Si elle s'inscrit dans les caractéristiques générales des auxiliaires (formation courte, travail à temps partiel, faible salaire), elle s'en distingue par la stabilité de sa position dans la hiérarchie informelle et dans le contexte villageois. La description détaillée de son action quotidienne auprès des résident.e.s les plus atteint.e.s dans leur capacité cognitive dévoile comment l'ordre négocié du « vivre ensemble institutionnel » modèle et structure les interactions, tout en contribuant à le faire perdurer. En effet, de nombreuses observations des soins quotidiens donnés par les auxiliaires révèlent la complexité de la tâche, mais seule Elsa l'a décrite de l'intérieur, dans un va-et-vient entre le geste et la réflexion.

Lors de l'entretien, Elsa commence par situer son action professionnelle, elle ne remet aucunement en cause les directives et l'organisation du travail : « on a eu une instruction, on a eu une réunion, tout le monde était là, ça a été dit ». Elle respecte le principe d'autonomie, mais intervient « lorsque la cuiller arrive toujours vide à la bouche ». Elle transmet ses observations et aimerait avoir un retour lorsqu'elle prend une initiative. Elle a par exemple laissé une résidente du service fermé téléphoner à son mari, qui vit encore chez lui, alors que les consignes étaient de limiter les contacts. Elle pense avoir bien fait face à la détresse de la dame, mais se demande ce qu'en pensent les infirmières, qui ont été informées, mais n'ont pas donné de retour. Du point de vue de ses liens avec les résident.e.s, on a affaire à une relation faite d'une proximité chaleureuse, équitablement distribuée et là encore au

service de l'organisation générale. Elle respecte la règle de la convivialité sous haute contrainte, évitant de susciter la « jalousie » entre résident.e.s, en accordant trop d'attention à l'un d'entre eux.elles. Elle a ses trucs, comme tourner la chaise d'une résidente, pour qu'elle ne la voie pas parler plus longuement à une autre résidente. Lorsqu'ils. elles cherchent à se rapprocher, elle n'éprouve pas de difficulté à les tenir à distance. Elsa saisit l'occasion offerte par l'intervieweur de s'exprimer sur les rapports au corps et à l'intime. Elle décrit alors son travail du matin auprès d'un homme de 80 ans, atteints de troubles cognitifs et moteurs, qui s'accroissent ces dernières semaines : il doit maintenant accepter d'être aidé pour ses soins d'hygiène. Il séjourne dans le service fermé depuis plusieurs mois, il reçoit les visites régulières de son épouse et de ses enfants. De profession libérale, il a gardé une attitude distante avec le personnel et choisit ses contacts avec les autres résident.e.s. Il observe les comportements des uns et des autres et ne se prive pas de faire des remarques sur d'éventuels manquements au savoir-vivre. Elsa doit l'apprêter avant le petit déjeuner qui est pris dans la salle commune.

UNE SÉQUENCE DE SOINS

- INT Le travail c'est très proche du corps, c'est très proche de la personne et de son intimité finalement ?
- ELSA Oui.
- INT Ça c'est particulier, aussi, non ?
- ELSA Oui, l'intimité par exemple. Monsieur Renaud, ce matin, il est très gêné de ça, j'ai remarqué. Tu vois, il était très mouillé ce matin ; et puis ses slips à coque, il a de la peine à les descendre, mais il ne veut pas se laisser aider. Il faut vraiment sentir comment il faut le prendre le matin.
- INT Par exemple ?
- ELSA On rentre... Alors d'abord, il faut aller très doucement, dans sa chambre ; si tu as le malheur que la porte claque ou... Je dirais : c'est presque foutu d'avance...
- INT D'accord.
- ELSA Il a horreur de ça... Alors... Et puis je ne mets pas la lumière. Alors, d'abord il demande : « Quelle heure c'est ? » Alors n'est-ce pas, si tu as 5 minutes d'avance... Alors je dis : « Voilà, oui, bonjour vous avez bien dormi ? Est-ce que je peux mettre la lumière ? »
- INT Donc tu essaies d'aller vraiment avec des pincettes ?
- ELSA Avec des pincettes oui. Et puis ce matin, il était mouillé ; alors j'ai vu qu'il était gêné, alors je me suis dit : « Bon, et bien voilà : qu'est-ce qu'il faut faire ? »

J'ai dit : « Bon, et bien, vous voulez aller aux toilettes ? »

Et puis il est arrivé. Il a vu, il s'est assis d'abord, sans . . . , en baissant le siège ; il a dit « Ah, c'est mouillé ? »

Je dis : « Oui, vous voulez que je vous emmène ? »

« Ah non, non, ça ira. »

Je dis : « Bon, et bien . . . »

Alors il est arrivé à enlever. . . J'ai attendu. . . Il est arrivé en baissant son pyjama, le bas. . .

INT Oui.

ELSA Après, j'ai pu lui faire enlever le slip à coque. Et puis là, je me suis dit. . . Bon je n'ai pas insisté pour la protection qui était souillée, alors je me suis occupé de ses pieds, après j'ai enlevé le mouillé, j'ai tout remis ; et puis – c'est bien, parce qu'on peut déchirer le haut – comme ça, j'ai pu tout l'installer. Et puis au dernier moment j'ai dit : « Peut-être que je peux faire votre petite toilette, si vous voulez ? Vous vous levez et puis on . . . vous. . . je vous mets le pantalon, je vous aide ».

Et là, voilà je savais . . . j'ai mis le linge dessus. . . vraiment il faut. . .

INT Réussir à avoir de la sensibilité ?

ELSA ... il est gêné . . . et puis on sent quand même, quand on lave la personne, si elle est crispée ou pas. . .

INT Tendue, oui.

ELSA . . . alors qu'il y a beaucoup de gêne. Et puis alors, si on va quand il n'a pas décidé, bien . . . c'est. . . il se fâche ou alors. . . Moi, je réponds à ses questions.

Après, et bien il s'assied. J'ai pu – c'était mouillé encore le haut plus la camisole – alors j'ai dit : « Je pense qu'on va . . . , je vais vous mettre la chemise ? »

Et puis, oui ça a été après, il a bien. . . Ce matin, j'ai dit : « Maintenant, on a tout fait assis ». J'ai dit : « Venez au lavabo, vous vous lavez, et puis vous vous rasez »

– « Vous pensez ? »

J'ai dit : « Oui », j'ai dit « Mais si vous voulez prendre. . . , je peux essayer. . . , j'ai jamais fait « mettre la mousse ».

Là, tu vois, j'ai essayé.

Et puis après, il avait la mousse, il s'est vu au miroir. . . Et puis je ne sais plus ce qu'il m'a dit. Il a souri. . .

Et puis j'ai dit : « Mais si vous voulez, je peux essayer de. . . vous me dites si je vous fais mal ? » Moi j'ai jamais trop fait ça. . .

INT Oui.

ELSA Je lui ai fait ça, comme ça, là le visage. J'ai dit : « Pour aujourd'hui ça va ? Ça vous convient ? »
– « Ah oui, c'est formidable. »

Et puis après, il s'est coiffé et puis il a passé la lavette sur le visage.

INT Lui-même ? Donc il est semi-autonome pour sa toilette ?

- ELSA Il a fait ça. Je me dis : « On verra si je peux faire ». J'ai vu qu'il n'avait pas trop envie de se raser : d'habitude, il se rase, ce matin pas... Et puis après, il s'est coiffé. Alors ça a été aujourd'hui, c'était formidable, ce que j'ai fait... »
- INT Tu as réussi à rentrer dans son monde ?
- ELSA Dans son monde.

Dans le récit de cette séquence de soins, nous relevons tout d'abord qu'Elsa met l'accent sur les ruptures dans les interactions avec monsieur Renaud. On repère ces ruptures grâce aux nombreux connecteurs logiques utilisés, de type : alors, et puis, après. L'utilisation de ces connecteurs permet d'introduire cinq registres d'action (observation, évaluation, négociation, action, communication). Il ne s'agit donc pas de rupture, au sens de malaise dans l'interaction, mais plutôt de réorientation ou de prise de recul, permettant de continuer l'interaction. Tout au long de la description de la toilette, ces registres s'entrecroisent, voire se bousculent, ce qui montre qu'Elsa peut les mobiliser à tout instant pendant le soin. Par exemple, au début de la séquence, Elsa situe le thème de la description qu'elle s'apprête à faire, il s'agit de l'intimité en général, reprenant la suggestion de l'intervieweur. Dans les quatre lignes qui vont suivre, elle signale qu'elle choisit de parler de monsieur Renaud, puis explique comment il se comporte d'habitude : « il est très gêné de ça », elle précise ses observations : « Tu vois, il était très mouillé ce matin ». Elle prend du recul pour rapporter une observation antérieure : « et puis, ses slips à coques, il a de la peine à les descendre » et pour rappeler le résultat de négociations passées « mais il ne veut pas se laisser aider ». Elle termine avec l'énoncé du principe qu'elle applique à l'arc de travail « toilette » prévu pour monsieur Renaud : « il faut vraiment sentir comment le prendre le matin ». À la demande de l'intervieweur, elle donne l'exemple du premier contact du matin, qui nécessite de prendre des « pincettes » pour éviter de braquer le résident qui se réveille. Le travail d'Elsa se caractérise donc par un paradoxe : il faut interrompre l'activité en cours, afin d'éviter une rupture dans l'interaction en train de se mettre en place ou de se faire et ainsi se mettre au diapason du résident.

Elsa décrit ensuite la toilette proprement dite, qui est un geste de soins largement balisé par des protocoles et pratiqué de manière routinière tous les matins. Dans cet établissement, chaque résident dispose

d'une carte de soins sur laquelle des pictogrammes précisent ce qu'il faut faire et la manière de le faire. Elsa continue d'agir et de réfléchir en même temps, d'observer, d'évaluer et de réajuster son geste : « Et puis ce matin, il était mouillé ; alors j'ai vu qu'il était gêné, alors je me suis dit : « Bon, et bien voilà : qu'est-ce qu'il faut faire ? » Elle lave, mais elle déshabille dans le même temps, elle renverse la logique de la toilette, pour aller dans le sens de monsieur Renaud : « Et puis au dernier moment, j'ai dit : « Peut-être que je peux faire votre petite toilette, si vous voulez ? Vous vous levez et puis on... vous... je vous mets le pantalon, je vous aide ». Elsa évalue l'impact de ses gestes en s'appuyant sur plusieurs référentiels : les informations disponibles sur le résident, informations actualisées le matin même, les principes des soins, la mission du jour, mais aussi les sensations et les émotions perçues. Elle doit désorganiser son action professionnelle pour pouvoir la réaliser dans des conditions acceptables pour le résident : « Je lui ai fait ça, comme ça, là le visage. J'ai dit : « Pour aujourd'hui ça va ? Ça vous convient ? » – « Ah oui, c'est formidable » », elle préserve ainsi la stabilité de l'interaction.

L'équilibre fragile mis en place, grâce à plusieurs arrangements négociés (réveil au rythme apprécié par le résident, toilette réorganisée pour éviter la gêne d'une incontinence, échanges chaleureux, mais respectant le caractère distant de monsieur Renaud) permet à Elsa de tenter de nouvelles actions : « Venez au lavabo, vous vous lavez, et puis vous vous rasez » – « Vous pensez ? » J'ai dit : « Oui », j'ai dit « Mais si vous voulez prendre... je peux essayer... j'ai jamais fait « mettre la mousse ». Là, tu vois, j'ai essayé. » Elle ne savait pas ce qui allait se passer, ce que le résident serait d'accord de faire ou ce qu'il avait envie de faire. Mais elle trouve formidable elle aussi d'avoir pu « entrer dans son monde ». Le terme d'« action » utilisé pour qualifier les gestes posés par Elsa se réfère à la définition de Arendt (1954) : « L'action est en elle-même complètement fugace ; elle ne laisse jamais un produit final derrière elle. Si jamais elle a des conséquences, celles-ci consistent en général en une nouvelle chaîne infinie d'événements dont l'acteur est tout à fait incapable de connaître ou de commander d'avance l'issue finale. Le plus qu'il puisse faire est d'imposer aux choses une certaine direction ».

Ainsi, les caractéristiques de cette séquence de soin sont la rupture, la désorganisation, et la saisie des opportunités, se distançant ainsi des

descriptifs professionnels et administratifs censés révéler la bonne pratique et rendre compte du travail de soins (Anchisi, 2009). Mais cette action soignante est mise au service de l'articulation structurante, puisqu'elle a pour objectif de rendre monsieur Renaud présentable au moment d'entrer en scène, dans l'espace commun de la salle du petit déjeuner.

CONCLUSION

Deux logiques semblent ordonner les interactions observées : la première, structurante, viserait à intégrer les résidents dans les arcs de travail prévus, la seconde, contextuelle, chercherait à individualiser la prise en charge des nouveaux afin d'adoucir le choc de l'entrée. Ces deux logiques, loin de s'opposer, sont au contraire articulées entre elles. Le récit de la toilette effectuée par une auxiliaire de soin auprès d'un résident souffrant de troubles cognitifs dévoile les coulisses : il s'agit de préparer un résident à arpenter la scène où il va entrer en interactions avec les autres résident.e.s et les personnels. La logique des coulisses n'est pas la logique de la scène : la première permet de prendre son temps, de refaire les gestes, de les exercer, tandis que dans la seconde, il faut interagir sous le regard des autres. Les auxiliaires disent laisser les résident.e.s s'épancher sur la rupture de l'entrée et les difficultés de la vie communautaire. L'espace d'échange et d'expression qu'elles ouvrent fait également partie des coulisses. Elsa et ses collègues auxiliaires démontrent ainsi une appropriation des règles qui ordonnent à la fois les espaces communautaires et les espaces privés : elles sont capables de jouer sur les deux tableaux. Les auxiliaires déploient une action professionnelle diminuant l'incidence de l'injonction, tout en assurant l'entrée en scène de résidents propres et collaborateurs. Leur contribution à l'intégration des nouveaux résidents est essentielle : dès les premières interactions, en particulier lors de la toilette ou du coucher, elles entraînent les résidents à leur nouvelle vie. En effet, elles sont capables d'évoluer dans les trois axes d'articulation du travail (protocoles, planifiés, imprévus) en adaptant leurs modes d'interactions. Ainsi, elles contribuent à maintenir l'ordre négocié, basé sur une vie communautaire et festive, tout en permettant aux résidents de garder la face : ils sont correctement habillés en regard des normes de l'établissement et ils ont exercé des modes d'interactions acceptables.

RÉFÉRENCES

- Anchisi, A. (2009), « Les activités de la vie quotidienne (AVQ) : ce qui saute aux yeux échappe au regard », *Carnets de bord en sciences humaines*, 16, p. 67-75.
- Anchisi, A. (2010), « Communauté quotidienne et symbolique : le placement d'un parent dépendant en maison de retraite médicalisée », dans I. Sainsaulieu, M. Salzbrunn et L. Amiotte-Suchet (dir.), *Faire communauté en société*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Anchisi, A. et J. Debons (2014), « Travailler auprès de personnes âgées dépendantes à domicile et en institution », dans Cornelia Hummel, Isabelle Mallon et Vincent Caradec (dir.), *Veilles et vieillissements. Regards sociologiques*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».
- Anchisi, A. (2016), « Les souillures du grand âge, entre délégation et dénégation », dans D. Memmi, G. Raveneau et E. Taïeb (dir.), *Le social à l'épreuve du dégoût*, Presses universitaires de Rennes, p. 127-137.
- Arendt, H. (1972), *La crise de la culture*, Paris, Folio Essais.
- Avril, C. (2008), « Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude. », *Retraite et société*, n° 53, p. 49-65.
- DSSE (2008), Politique cantonale de prise en charge des personnes âgées, Sion.
- Mallon, I. (2004), *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Mallon, I. (2005), « Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un "chez-soi" », *Empan*, n° 52, p. 126-133.
- Spini, D. et A. Clémence (2003), « Les événements de la vie et le bien-être dans la grande vieillesse », *Médecine et Hygiène*, n° 2459, p. 2266-2271.
- Strauss, A. (1992), *La trame de la négociation. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger*, Paris, L'Harmattan

CHAPITRE SIX

Fluidifier les parcours, rechercher le consentement : un travail de composition pour les professionnels de la gérontopsychiatrie

Lucie Lechevalier Hurard et Pierre Vidal-Naquet

À partir d'une enquête menée en France, dans un service de gérontopsychiatrie, nous proposons d'étudier ici les évolutions des pratiques des soignants et des intervenants de proximité. Ce secteur d'intervention nous semble en effet un observatoire privilégié pour comprendre certaines évolutions des métiers du soin et de l'accompagnement, en particulier lorsque ceux-ci répondent à des besoins chroniques et s'étendent sur la longue durée.

Les manières de travailler des professionnels que nous avons pu observer au cours de notre enquête¹ nous semblent prises dans un double mouvement de transformation.

D'une part, l'affirmation législative² d'une démocratie en santé, qui touche autant les secteurs sanitaire que médicosocial, a été à l'origine de l'apparition pour les professionnels d'un impératif d'information des usagers et de prise en compte de leurs points de vue dans la prise en charge qui leur est proposée. La psychiatrie, si elle a historiquement disposé de moyens d'intervention permettant de se passer du consentement des patients au nom de leur incapacité – au moins temporaire

1. Voir l'encadré de présentation de l'enquête.

2. Qui passe notamment par le vote de la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médicosociale, et de celle du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

– à décider pour eux-mêmes, n'est pas exempte de ce mouvement de démocratisation. Nous avons décrit ailleurs (Collectif Contrast, 2015) la transition dans le domaine de la santé mentale d'un encadrement pyramidal vers un modèle de régulations enchevêtrées, dans lequel la montée en charge du droit des usagers se traduit par la multiplication des dispositions légales, administratives et organisationnelles qui permettent de relativiser le pouvoir de l'institution psychiatrique.

Le second mouvement de transformation structurant pour les pratiques professionnelles en gérontopsychiatrie concerne la recherche de défractionnement du système d'aide et de soin. En effet, à partir des années 1970, l'action publique en matière de protection sociale contribue à la séparation de trois blocs – les secteurs sanitaire, social et médico-social – organisés par des logiques institutionnelles et des cadres juridiques différents (Bloch et Hénaut, 2014, p. 12). Mais rapidement, la question de la « coordination » entre ces secteurs devient une préoccupation des pouvoirs publics et donne lieu à de nombreuses réorganisations institutionnelles³, au moins pour deux raisons. D'abord, l'augmentation des situations chroniques qui impliquent des prises en charge professionnelles multiples, de longue durée et coordonnées afin que les usagers puissent s'orienter de manière lisible au cours des différentes étapes de leur prise en charge. Ensuite, la réduction des coûts et la rationalisation des dépenses publiques de santé : dans le mouvement généralisé de « nouvelle gestion publique » (ou *new public management*), il s'agit d'« optimiser l'efficacité des services existants sans en créer de nouveaux » (Bloch et Hénaut, 2014, p. 13) en favorisant la circulation des informations et des usagers entre ces services. Dans ce contexte, marqué à la fois par la recherche de lisibilité de l'offre de prise en charge et par l'optimisation budgétaire⁴, la notion de « parcours » des usagers⁵

3. La dernière réforme importante en la matière date de 2009, puisque la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires a créé les agences régionales de santé (ARS) dont le mandat couvre au niveau régional à la fois le secteur sanitaire et le secteur médicosocial, jusqu'alors gérés de manière distincte. L'une des vocations de ces agences est de réduire la segmentation entre les deux secteurs et de favoriser la coordination de leurs interventions.
4. « Une meilleure coordination des temps et des modes de prise en charge et une meilleure fluidité des parcours de soins va à la fois dans le sens du “mieux soigner” et du “mieux dépenser” » (HCAAM, 2011) : le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie résume ainsi parfaitement l'enjeu de la fluidité.
5. En 2013, le premier ministre Jean-Marc Ayrault recommandait de « cesser de concevoir la médecine comme une succession d'actes ponctuels et [de] créer une médecine de parcours qui repose sur la coopération des professionnels et l'implication des patients ».

est devenue centrale dans les politiques publiques de santé. Les opérateurs chargés de mettre en œuvre ces politiques publiques, et notamment les agences régionales de santé (ARS), ont fait de la « fluidité des parcours » des usagers un impératif, que les intervenants professionnels sont invités à intégrer aussi bien dans leurs façons d'organiser localement des coopérations avec les différents acteurs du territoire que dans leurs pratiques d'accompagnement quotidiennes. L'organisation historique de la psychiatrie publique française autour du « secteur » (Eyraud et Velpy, 2012 ; Henckes, 2007) garantit en principe une continuité du suivi des patients entre les moments de crise, prise en charge à l'hôpital, et les moments de stabilisation, accompagnés en ambulatoire notamment dans les centres médico-psychologiques (CMP) qui maillent le territoire. La « fluidité des parcours » aujourd'hui tant recherchée est de fait pratiquement inscrite dans l'organisation psychiatrique.

Dans le domaine gérontologique en revanche, la continuité des parcours n'est pas assurée pour les personnes âgées prises en charge par des secteurs séparés, à savoir le secteur sanitaire et ses nombreuses composantes hospitalières (spécialisées par organe), ainsi que le secteur médicosocial, largement contributif en matière d'hébergement, à différents niveaux de la perte d'autonomie. À la croisée des domaines gérontologique et psychiatrique, la gérontopsychiatrie est donc tout particulièrement concernée par la segmentation entre les secteurs, par le fractionnement des prises en charge et par l'enjeu de la coordination.

Dans cet article, nous examinons la manière dont les professionnels parviennent à faire tenir ensemble dans leurs pratiques quotidiennes les deux impératifs auxquels ils sont soumis : l'impératif éthique et juridique de consentement d'abord, qui enjoint les soignants à se préoccuper du point de vue des personnes. L'impératif technico-administratif de fluidité ensuite, qui consiste à mettre en place les conditions garantissant la circulation des usagers à un rythme ajusté, c'est-à-dire correspondant à la fois aux besoins des personnes et aux nécessités institutionnelles. Ce qui doit être évité, c'est une immobilisation dans le parcours du patient qui n'est pas strictement nécessitée par son état de santé. Tel est le cas, par exemple, lorsque les personnes sont assignées au service de gérontopsychiatrie faute de place en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou parce que le retour à domicile ne peut être envisagé sans risque. Concrètement, l'impératif de fluidité s'incarne dans un certain nombre d'exigences

qui pèsent sur les soignants. Au niveau spatial, l'amélioration de la fluidité s'actualise au travers du déploiement d'une offre de services de proximité avec laquelle il s'agit de collaborer harmonieusement. Au niveau temporel, l'accent est mis sur la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations. Les soignants sont fortement encouragés à contenir les durées moyennes de prise en charge, à accélérer leur temps de réponse aux demandes des usagers et finalement à synchroniser plusieurs temporalités : celle des patients, celle des proches et celle des institutions. Au niveau gestionnaire, les professionnels doivent intégrer dans leurs pratiques la multiplication des instances de coordination entre les structures sanitaires, sociales et médicosociales.

C'est ainsi à de multiples exigences, se situant à des niveaux divers, que doivent répondre les soignants en gérontopsychiatrie. Nous proposons de montrer que pour tenir ensemble et pour s'approprier l'impératif de consentement et l'impératif de fluidité, les professionnels sont amenés à construire et à préserver un autre type de fluidité, que nous qualifions ici de « fluidité relationnelle et interactionnelle ». Tout l'enjeu consiste, pour les soignants, à établir les conditions d'une relation d'accompagnement durable, qui ne doit être rompue ni dans le présent ni dans le futur.

Nous verrons tout d'abord que ce travail sur la fluidité des interactions et des relations implique que les soignants renoncent au moins partiellement à une intervention proprement soignante, au profit d'une présence plus distanciée qui permet de poser des jalons d'une relation d'accompagnement à venir (1.). Travailler à la fluidité des interactions et des relations implique ensuite tout un travail sur la construction de l'entourage comme soutien et comme réseau de vigilance (2.). Enfin, dans certaines circonstances, les professionnels peuvent être amenés à forcer la décision tout en restant attentifs à ne pas rompre le lien qui est le garant de la construction et du maintien de la relation de soin (3.).

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE DANS LE PÔLE HOSPITALIER DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ

L'enquête a été réalisée par entretiens et par observations entre 2014 et 2016 au sein de deux dispositifs de prise en charge du pôle de psychiatrie du sujet âgé d'un hôpital d'une grande ville française : d'une part, une unité d'hospitalisation complète disposant de 24 lits et dont l'équipe est composée d'une psychiatre responsable de l'unité, une gériatre, une cadre de santé, 13 infirmiers, 8 aides-soignantes, et 4 ASH ; d'autre part, une équipe mobile intervenant à la demande de professionnels (médecin traitant, direction d'établissement, hôpitaux, services sociaux, etc.) au domicile des personnes ou dans les établissements où elles sont hébergées. L'équipe mobile est composée d'une psychiatre et de deux infirmiers psychiatriques.

La création, en 2007, de ce pôle de psychiatrie du sujet âgé, composé de plusieurs unités d'hospitalisation de court et de moyen séjour, ainsi que d'un ensemble de services diagnostiques et d'accompagnement en ambulatoire, est le signe d'une évolution dans la prise en charge psychiatrique du sujet âgé. Alors que longtemps les personnes âgées ont été considérées dans l'espace psychiatrique comme des « chroniques » pour lesquels la prise en charge se résumait à de l'hébergement et à des activités occupationnelles, certains psychiatres ont cherché à développer une véritable clinique psychiatrique, propre aux pathologies psychiques du vieillissement, ou aux troubles qui se révèlent au moment de la vieillesse.

L'offre de soins du pôle de psychiatrie du sujet âgé est marquée par cette volonté thérapeutique : dans un contexte où diminuent le nombre de lits et les durées de séjour d'hospitalisation (Coldefy, 2007), ceux-ci doivent être réservés à certaines situations de crise dans lesquelles se justifie une intensité thérapeutique particulière. Autour des unités d'hospitalisation complète, d'autres services voient le jour : un hôpital de jour, un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT), un centre de guidance, mais aussi une équipe mobile. Cette dernière, articulée depuis 2013 à une unité somatique de gériatrie de court séjour proche, est chargée de procéder à des évaluations en ambulatoire, et, le cas échéant, de suggérer des aménagements de traitement ou des orientations. Généralement, les interventions à domicile se font à deux. La psychiatre mène l'entretien, auquel s'associe de temps à autre l'infirmière ou l'infirmier. Lorsque le patient présente des problèmes somatiques, un gériatre peut faire partie de la visite. L'un des objectifs de l'équipe est de réserver l'hospitalisation à des situations qui l'exigent et d'éviter les hospitalisations par défaut, jugées délétères pour les patients et néfastes pour le service.

L'équipe mobile comme l'unité de soins où s'est déroulée l'enquête ont à faire avec l'impératif de fluidité. L'équipe mobile intervient en amont de l'hôpital dans une perspective de régulation des flux entrants. Dans l'unité de soins, la préoccupation des soignants se porte quant à elle sur les solutions de prise en charge en aval de l'hospitalisation.

Les données empiriques présentées ont toutes été anonymisées.

1. ASSURER UNE PRÉSENCE SOIGNANTE, MÊME À DISTANCE

Pour les soignants, s'approprier la nécessité institutionnelle de fluidifier les parcours des patients en même temps que l'impératif de consentement implique tout d'abord des inflexions quant à la nature de la présence qu'ils peuvent être amenés à assurer auprès des patients qu'ils accompagnent. La nature de cette présence est évidemment structurellement différente dans l'unité de soin, dont la vocation consiste à prodiguer des soins de manière intensive sur des durées de quelques semaines à quelques mois, et dans l'activité de l'équipe mobile dont la mission n'est pas de soigner directement, mais plutôt d'évaluer les situations et éventuellement d'orienter les patients vers d'autres services. Dans les deux dispositifs pourtant, le travail autour de la fluidité nécessite que les professionnels trouvent un dosage subtil entre « ne pas forcer » et « ne pas lâcher » (Chantraine-Demilly, Dembinski et Déchamp-Le Roux, 2014). L'enjeu pour les équipes des deux dispositifs est de parvenir à construire ce qu'ils appellent « l'alliance thérapeutique », c'est-à-dire à intervenir à petits pas, à « poser des jalons », à mettre en place la possibilité d'une intervention future, même si cela signifie dans un premier temps ne rien faire, ou ne faire apparemment pas grand-chose. Au nom de cette fragile alliance, les soignants, en particulier ceux de première ligne qui sont en principe quotidiennement en contact avec les patients, peuvent alors se contenter d'assurer une présence qu'ils veulent marquée par la vocation du soin, même si elle se manifeste discrètement, dans une certaine distance.

Cette présence distanciée est structurelle pour l'équipe mobile. Rappelons que sa vocation définie dans le cahier des charges auquel répond sa création est, d'une part, « de permettre d'inscrire le patient dans une trajectoire de soins reposant sur de multiples partenariats » au sein de la filière gérontologique et, d'autre part, « d'éviter le passage aux urgences ». Ayant plutôt une fonction de diagnostic portant sur la situation, les interventions de l'équipe mobile sont toujours tiraillées entre la volonté de faire valoir l'intérêt d'une intervention professionnelle soignante concernant certaines difficultés vécues par les patients, et la nécessité de ne pas s'engager elle-même dans la démarche de soin.

Mme Robin, par exemple, reçoit l'équipe mobile à la demande du médecin coordonnateur de l'EHPAD où elle vit. Elle ne voit pas

l'intérêt de l'intervention de la psychiatre et de l'infirmier qui viennent dans sa chambre. Cette dame est très dépressive et manifeste de façon réitérée son envie de mourir. « *Moi ça me dégoûte d'être dans cet état... Si l'euthanasie existait...* », « *je me demande ce qu'on fout sur cette terre à 90 ans, les enfants sont loin... En vieillissant on ne trouve plus beaucoup d'intérêt* ». Les deux membres de l'équipe s'emploient à la convaincre des bénéfices qu'elle pourrait tirer de soins psychiques, tout en étant attentifs à ne pas forcer l'intervention de la psychiatrie, car ils savent qu'elle peut représenter un repoussoir : « *Mais non la vieillesse c'est pas une excuse, pas forcément. Souvent quand le moral va pas c'est pas qu'on vieillit. Il y a des personnes très jeunes qui ne trouvent pas d'intérêt à quoi que ce soit. C'est pas une question d'âge, hein* » (Psychiatre). Face aux réactions dubitatives de la patiente, endosser une posture médicale bien identifiable focalisée sur la santé somatique constitue une ressource : poser des questions qui intéressent généralement les médecins, sur l'appétit, le sommeil, l'état de santé général et les effets des médicaments que la patiente aurait pu constater, les renvoie explicitement du côté d'une présence soignante. La visite ne débouchera pas sur la mise en place d'une intervention psychiatrique. Mais l'équipe a posé des jalons pour la suite. Elle fait ici le pari que la fluidité des échanges avec Mme Robin, ici et maintenant, atteste de l'existence des rapports de confiance qui seront peut-être nécessaires pour que, dans le futur, les éventuelles interventions puissent s'effectuer sans remous. Une façon d'articuler la temporalité du présent avec celle de l'avenir.

À l'inverse, l'équipe mobile doit aussi composer avec des demandes pressantes de soin, qu'elle n'a pas vocation à satisfaire. Ainsi, Mme Salas met beaucoup d'espoir dans la venue de l'équipe mobile, sur qui elle compte pour atténuer très vite ses angoisses devenues insupportables. « *Il y a urgence* », dit-elle. Après un bref entretien, la psychiatre s'engage à trouver une place dans une clinique dans les deux ou trois jours, ce que confirme l'infirmier. Mme Salas ne comprend pas. « *Mais vous êtes psychiatre, vous ne m'emmenez pas ? Qu'est-ce que je vais faire ce soir ? Demain ?* » Il faut alors expliquer ce paradoxe apparent d'une équipe effectivement composée de soignants psychiatriques, mais qui ne soigne pas directement. Ne pas se précipiter, ne pas aller trop vite pour ne pas risquer la mauvaise orientation, comptent, pour l'équipe, parmi les conditions de la fluidité. Mme Salas paraît très

décue. Le lendemain, elle appelle les pompiers qui l’emmèneront à l’hôpital général. Là, elle sera réorientée vers la clinique que l’équipe mobile avait sollicitée.

Dans l’unité de soins, les modalités d’intervention sont marquées par une présence soignante plus intensive, d’autant que les professionnels sont ici plus nombreux. Dans certaines situations pourtant, en particulier celles dans lesquelles le patient ne manifeste aucune demande de soins, l’équipe peut se contenter de construire une présence à distance, qui doit permettre de poser les jalons d’une relation de soin pouvant se consolider.

C’est le cas avec M. Hoggar, qui a été hospitalisé sans son consentement, à la suite de l’expulsion de son logement, à laquelle il s’est violemment opposé. L’équipe de l’unité d’hospitalisation saisit très rapidement la difficulté qu’elle aura à établir les bases d’une relation de soin. Elle prend le parti d’assouplir au maximum les règles qui s’imposent habituellement aux personnes hospitalisées, concernant les permissions de sortie, l’alimentation et la participation à la vie collective du service. Pour l’équipe, l’établissement dans un premier temps d’un lien, très ténu, passe par le fait de laisser M. Hoggar construire sa manière particulière d’être dans le service, à distance des soignants comme des autres patients. Une aide-soignante fait part de son sentiment de « ne pas bien faire son travail » face au refus de M. Hoggar de la laisser aérer sa chambre ou changer les draps de son lit, ou face à son opposition à la proposition qui lui est faite d’enfiler une chemise propre et de faire laver son linge personnel. Alors que, dans le service, les patients sont généralement invités à participer à des « activités thérapeutiques », et à montrer ainsi leur investissement dans une démarche thérapeutique, M. Hoggar fait l’objet d’un traitement un peu différent. Nulle pression directe l’incitant à s’engager dans ces activités. L’équipe préfère réduire la densité de son intervention et se contenter d’une présence beaucoup plus diffuse. Cette modalité particulière de présence soignante est une manière de tenir ensemble impératif de consentement et impératif institutionnel de fluidité : dans la perspective de devoir mettre en place dans l’avenir un accompagnement social et médicosocial qui permettra d’amener M. Hoggar vers la sortie d’hospitalisation, l’équipe est contrainte de passer par une étape longue au cours de laquelle se tisse par petites touches la possibilité d’un contact, peut-être extrêmement ténu mais que l’on espère durable.

2. MOBILISER LE LEVIER DE L'ENTOURAGE

Parallèlement à la mise en place d'une présence soignante même distanciée, les professionnels effectuent un travail en direction de l'entourage de la personne accompagnée, qu'il soit familial, amical ou professionnel. Ce dernier apparaît en effet comme un facteur important de la fluidité des parcours des personnes âgées à au moins deux titres. Les soignants peuvent tout d'abord s'appuyer sur son existence comme levier, pour obtenir l'accord de la personne accompagnée, et étayer son cheminement vers une décision de soin ou d'orientation. L'entourage est par ailleurs indispensable, dans la mesure où c'est sur lui que repose ensuite la stabilisation de la situation, une fois que s'éloigne la perspective de la prise en charge hospitalière. Pour éviter des phénomènes de retours inopinés («*revolving door patient*», Sicot *et al.*, 2015), il s'agit donc de trouver dans la communauté, le meilleur appariement possible entre une situation de fragilité et les capacités effectives d'accompagnement de l'entourage, proches ou professionnels.

2.1 Soutenir le consentement de la personne

L'entourage constitue tout d'abord une ressource argumentaire pour convaincre la personne de l'intérêt d'un accompagnement, pour influencer son parcours, lorsqu'elle ne manifeste elle-même aucun besoin. Face à Mme Robin, qui ne voit pas l'intérêt de l'intervention psychiatrique, la psychiatre de l'équipe mobile construit le milieu comme un entourage qui se soucie d'elle. Sa fille d'abord, qui est loin, certes : «*elle est au Canada, hein, c'est ça ? [...] elle s'inquiète pour vous, ça sûrement*». Mais c'est surtout l'entourage plus proche, constitué par les soignants de la maison de retraite où elle vit, qui est valorisé : «*Moi, ce que j'ai compris en discutant avec le personnel, c'est qu'ils sont vraiment préoccupés pour que vous alliez bien. Ils se font du souci pour vous, et ça compte pour eux que vous alliez bien*». L'équipe instille ainsi l'idée qu'au-delà d'une équipe de soin qu'elle ne croisera que deux fois dans sa vie, la patiente se situe au centre d'un réseau bienveillant qui se préoccupe d'elle. Cette mise en scène d'une présence soucieuse et réticulaire doit susciter et soutenir son engagement à se prendre en main et à avancer dans sa trajectoire de soin.

Mais la mobilisation effective des proches est un outil à double tranchant, à manipuler avec délicatesse. Pour les soignants, l'enjeu est de parvenir à mobiliser les bons membres de l'entourage : ceux dont ils sentent que la parole et l'encouragement peuvent avoir un poids dans la prise de décision de la personne, ceux qui iront dans le sens de la décision la plus raisonnable. Mais il faut aussi faire avec ceux qui risquent de déstabiliser le fragile processus au cours duquel émerge puis se consolide la décision. Le travail de construction du consentement (Lechevalier Hurard *et al.*, 2017) qui doit permettre la fluidité interactionnelle porte dès lors autant sur la personne elle-même que sur l'entourage. Dans le cas de Mme Aravis, persuader la patiente d'entrer en maison de retraite suppose nécessairement d'impliquer son fils. Ce dernier a pourtant été source de nombreuses perturbations tout au long de l'hospitalisation, provoquant notamment des scandales en rendant visite à sa mère en état d'ébriété avancée. La fille de Mme Aravis s'oppose d'ailleurs à ce que son frère soit mis au courant des démarches réalisées pour la sortie en déclarant « *qu'il a beaucoup de problèmes* », et qu' « *il est pas bien dans sa tête* ». Mais le médecin considère qu'elle ne peut faire fi de l'attachement qu'a Mme Aravis pour son fils et qu'elle n'a d'autre choix que de s'appuyer sur lui pour mener à bien le projet de sortie : il lui faut obtenir « *qu'il y ait un projet partagé entre la mère et le fils* ». Convié à un entretien commun avec sa mère, le fils se révèle sensible au rôle déterminant que lui confère le médecin. Dans l'échange, il accepte de soutenir le projet encouragé par l'institution, et développe des éléments d'argumentation que sa mère peut entendre. Pour autant, il ne parviendra pas à la convaincre. Les soignants devront utiliser d'autres stratégies.

2.2 Trouver le bon appariement pour garantir un réseau de vigilance

Mais travailler sur l'entourage ne consiste pas seulement à s'appuyer sur lui pour soutenir le consentement de la personne. Il s'agit aussi de parvenir à mobiliser un réseau de vigilance (Vidal-Naquet, 2005) qui contribuera à une certaine stabilité de la situation, de façon à limiter les interventions non directement nécessaires. Cela suppose de trouver, dans des conditions données, le bon appariement (Bergeron et Castel, 2010), c'est-à-dire de définir la situation de telle manière qu'elle pourra être prise en charge par la bonne personne ou le bon

service tel qu'il existe au moment de l'intervention des équipes de gérontopsychiatrie. Le bon appariement c'est l'assurance d'une prise en charge continue, sans blocage ni interruption.

Pour l'équipe mobile, identifier le personnel soignant compétent pour prendre en charge une pathologie qu'elle diagnostique ne suffit pas. Il s'agit plutôt de trouver l'angle d'approche d'une situation qui permettra de mobiliser l'entourage en prenant en compte l'ensemble des facteurs et non pas seulement les éléments cliniques. Face à Mme Belahcene qui est très dépressive depuis la mort de son mari, survenue il y a neuf ans, et ne sort plus de chez elle du fait de son arthrose et de son embonpoint, la psychiatre de l'équipe mobile est embarrassée : faut-il la « psychiatriser », c'est-à-dire orienter son cas vers des professionnels et des moyens propres à la psychiatrie ? « *Cela ne servirait pas à grand-chose. Jamais le CMP ne viendra [elle vit au 5^e étage sans ascenseur]... Quant aux médicaments, elle fait ce qu'elle veut avec...* » C'est finalement plutôt du côté de l'assistante sociale de secteur que l'équipe se tourne, par l'intervention de l'infirmier qui prend en charge la coordination avec le secteur social et demande à l'assistante sociale de travailler avec la patiente au projet de changement d'appartement qu'elle refuse jusque-là, au nom des années qu'elle y a passées avec son mari. L'infirmier suggère qu'il pourra éventuellement accompagner l'assistante sociale, si celle-ci estime nécessaire une seconde visite. La décision tient donc compte à la fois des difficultés de diverses natures présentées par la patiente et de la capacité de l'entourage professionnel à se mobiliser sur un aspect ou l'autre de la situation.

Dans le cas de M. Cheiron, le réseau de vigilance existe déjà, et l'enjeu est plutôt de le consolider. Cela passe, pour l'équipe mobile, par un travail de confirmation de la validité des dispositions qui ont déjà été prises. M. Cheiron a été expulsé récemment de son logement et il est maintenant hébergé dans un foyer logement. Son manque d'hygiène et son désintérêt pour les droits sociaux qui lui permettraient d'assurer le règlement régulier de son loyer inquiètent le directeur qui ne souhaite pas à son tour en arriver à procéder à une expulsion. Contre l'avis du résident, le directeur est parvenu à obtenir une mesure de protection juridique. Alors qu'elle reconnaît au cours de l'entretien avec M. Cheiron que le placement sous tutelle qu'il conteste n'est pas justifié par une altération de ses capacités cognitives (la psychiatre lui explique d'ailleurs que « *personne ne pense que vous êtes gaga comme vous*

dites. Si la tutelle avait été demandée pour ces motifs-là, ça n'aurait pas tenu [...] vous avez une bonne mémoire, c'est pas le problème...»), l'équipe mobile confirme le directeur dans la décision qu'il a prise. L'infirmier fait ainsi remarquer que la contestation de M. Cheiron n'est pas réelle. Sa présence dans le foyer vaut acceptation : *«Ce qu'il faut constater, c'est qu'on le met sous tutelle, mais pour autant, il reste là [dans le foyer]. Il n'est pas parti»*. Il ajoute que l'équipe prendra contact avec la tutrice. En appuyant ainsi l'action du directeur, et en prenant attache avec la tutelle, l'équipe soutient le réseau de vigilance qui se crée autour de M. Cheiron. Cela doit permettre, d'une part, de maintenir le patient dans son milieu (de ne pas le faire circuler vers une hospitalisation à mauvais escient ou vers un autre établissement) et, d'autre part, d'établir ou de renforcer le lien avec la psychiatrie dans la perspective d'une éventuelle intervention ultérieure, au cas où cela se révélerait vraiment nécessaire. Au-delà du cas particulier de M. Cheiron, c'est aussi la capacité générale d'appariement que pourra proposer l'équipe mobile qui est préservée.

Trouver selon l'expression désormais presque consacrée « le bon service au bon moment pour le bon patient » et rendre donc plus fluide le parcours du patient, suppose en effet l'existence d'un important réseau de partenaires sur lequel prendre appui. Perdre la confiance de certains d'entre eux risque de réduire à terme les possibilités d'orientation, et par conséquent de faire obstacle à la fluidité des parcours. C'est avec la même préoccupation que les professionnels de l'unité de soins de l'hôpital, et notamment l'assistante sociale, s'emploient à développer un réseau de maisons de retraite avec lesquelles ils « travaillent bien ». En leur apportant des éléments fins de description des comportements des patients qu'ils leur adressent, ils s'assurent qu'il n'y ait pas de « mauvaises surprises » et que l'institutionnalisation de leurs patients soit relativement stable. En sens inverse, ils assurent aux établissements partenaires une sorte de « service après-vente » en leur garantissant la possibilité de réhospitaliser certains patients pour des « séjours de rupture » si cela s'avère nécessaire.

3. FORCER LA DÉCISION SANS ROMPRE LE LIEN

Les pratiques professionnelles qui consistent à relâcher et à distancer leur présence, et à redéployer celle-ci dans l'entourage des patients ne suffisent parfois pas à obtenir l'adhésion de la personne au

projet qui lui est proposé, en particulier lorsque celle-ci n'est aucunement demandeuse d'intervention. Il existe bien en psychiatrie des procédures d'intervention sans le consentement des personnes, mais elles concernent principalement l'hospitalisation⁶. Or, les interventions qu'il s'agit de mettre en place pour garantir la fluidité des parcours ne concernent que marginalement l'hospitalisation psychiatrique (qu'il s'agit d'éviter). Elles ont plutôt trait à la mise en place d'interventions d'ordre social et médicosocial, ou à l'accompagnement vers un changement de domicile, voire une entrée en établissement.

Tenir ensemble les impératifs de consentement et de fluidité institutionnelle implique parfois de forcer certaines décisions, d'effectuer un certain travail de contrainte (Lechevalier Hurard, 2013), mais un peu particulier puisqu'il s'agit de garder sans cesse en ligne de mire le lien qui ne doit pas être rompu.

L'équipe mobile est rarement en situation de forcer quoi que ce soit. Le temps consacré au face à face ne permet guère d'influencer, de convaincre ou de forcer le patient à consentir. Afin de maintenir la relation, les soignants se positionnent le plus souvent sur le terrain de la suggestion. Certes à domicile, cette « suggestion » est un peu appuyée en raison de la présence de deux soignants (parfois trois) dont l'un, le médecin psychiatre, peut se prévaloir d'une autorité symbolique liée à sa fonction. Il reste que l'adhésion de la personne est systématiquement recherchée. Quant à l'effet « entonnoir », qui consiste à s'appuyer pendant un temps plus ou moins long sur l'entourage professionnel et personnel, il permet là encore de s'accorder sur ce qu'il convient de faire, sur le sens de l'impulsion et la manière d'insister. À propos de M. Jorasse, il est question en réunion d'explorer les différents appuis et d'aller jusqu'à « pousser un peu » certains d'entre eux. *« Il a un côté un peu ours, il ne faut pas hésiter à le bousculer un peu »* (Psychiatre).

La configuration de l'unité d'hospitalisation est bien différente. La prise en charge y est beaucoup plus dense. Les décisions qui se prennent dans le temps de l'hospitalisation visent pour l'équipe à consolider la situation du patient dans la perspective de sa sortie. Mais

6. La loi du 5 juillet 2011, modifiée en septembre 2013, a introduit la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire, mais ne donne aucun moyen d'intervention particulier aux soignants qui exercent la mesure en dehors des murs de l'hôpital. La seule dimension contraignante reste la menace d'une possible réhospitalisation sans consentement.

elles affectent profondément le mode de vie des personnes, puisqu'elles se situent autant au niveau de la mise en place d'aides professionnelles quotidiennes au domicile ou en CMP qu'au niveau d'une mesure de protection ayant pour objectif de résorber des situations de précarité financière. Souvent aussi les décisions à prendre concernent le choix du lieu de vie, et éventuellement le placement en maison de retraite.

Or, dans ce contexte, forcer le consentement de la personne fait partie de la palette des modalités d'intervention dont dispose éventuellement l'équipe. Le cas de Mme Aravis, qui doit sortir d'hospitalisation vers une maison de retraite, montre le doigté qu'impose le recours à un tel moyen, alors que l'enjeu de fond est de forcer la décision, de lever les différents blocages qui empêchent la fluidité du parcours, sans jamais rompre le lien et risquer alors de suspendre la continuité de la prise en charge.

Mme Aravis a été hospitalisée deux ans et demi plus tôt, dans une situation d'extrême fragilité liée à des mauvais traitements infligés par son fils aîné, qui vivait avec elle. Pendant l'hospitalisation, ce fils est décédé et le logement a été vendu. Pourtant, Mme Aravis répète sans cesse qu'elle n'acceptera de sortir de l'hôpital que pour rentrer « *au 23 route des Vents* », un « chez elle » dont elle refuse de considérer qu'il n'existe plus. Pour l'équipe, sa fragilité à la fois somatique, psychique, sociale et financière ne permet pas d'envisager la sortie vers un nouveau domicile. Elle s'emploie donc à travailler au projet d'une entrée en maison de retraite, malgré le refus catégorique régulièrement renouvelé de cette dame. Les premières visites préalables à l'admission dans des établissements de la ville se soldent par des scènes violentes lors desquelles Mme Aravis hurle devant la direction son opposition. L'assistante sociale rappelle que si, en principe, son avis doit être respecté quant au choix de son lieu de vie « *là, on n'en est plus à avoir le choix* », tant la liste des établissements susceptibles de l'accueillir s'amenuise à chaque refus. Le médecin cherche régulièrement à raisonner la patiente, que ce soit lors d'entretiens formels ou dans les moments de crise où Mme Aravis, campée devant la porte du service, refuse même de faire un pas en dehors des murs de l'unité alors qu'une nouvelle visite est organisée.

Face à l'inefficacité des arguments du médecin, certains soignants envisagent d'avoir recours à la ruse (Vidal-Naquet, 2014), en détournant son attention par une visite au cimetière, où elle souhaite se recueillir

sur la tombe de son fils, avant de l’emmener subrepticement dans l’établissement qu’elle doit visiter. Mais là encore, fiasco. C’est finalement en jouant sur l’équivoque de son retour à domicile que les soignants de l’équipe, avec l’aide des proches, parviendront à obtenir de Mme Aravis qu’elle sorte de l’hôpital. L’une des maisons de retraite que la patiente a visitées plusieurs mois auparavant se dit prête à « *s’engager auprès de cette famille* », malgré la situation d’opposition dont elle a connaissance. La fille de Mme Aravis fait installer dans sa nouvelle chambre plusieurs meubles personnels de sa mère et suspend au mur des photos de ses enfants et petits-enfants. Bien qu’elle trouve qu’il s’agit là d’un « petit moyen », le médecin se laisse convaincre d’euphémiser la situation en lui parlant de « maison » ou de « résidence avec des voisins », plutôt que de « maison de retraite ». Le jour de la sortie, une infirmière annonce à Mme Aravis sur un ton enjoué « *vous savez que vous rentrez chez vous aujourd’hui ?* ». Tout le processus qui permettra de passer en quelques dizaines de minutes de l’hôpital à la maison de retraite est minutieusement organisé de façon à ce que la sortie se déroule de manière extrêmement fluide. Quelques détails risquent à plusieurs moments de bouleverser la mise en scène : lorsque la patiente rappelle le nom et le numéro de sa rue à la conductrice qui paramètre le GPS ; lorsque l’on craint soudain que la signalétique de l’établissement n’indique trop explicitement « maison de retraite ». Les aléas du transport vont-ils révéler le subterfuge, et conduire une nouvelle fois Mme Aravis à manifester son désaccord et à refuser d’aller plus loin ? Mais la fiction est finalement maintenue par un sobre écriteau « EHPAD Les Amaryllis ». Au moment de descendre de la voiture avec sa valise, Mme Aravis s’inquiète cependant de savoir où elle se trouve. L’infirmier la rassure en lui disant qu’elle est « *à l’EHPAD, vous savez ce que c’est l’EHPAD ?* ». Mme Aravis a l’air d’hésiter un peu, mais elle prend son bras en murmurant « *oui, bien sûr, je sais ce que c’est l’EHPAD* ». Une fois arrivée dans sa chambre, la mise en scène se poursuit. L’infirmier insiste un peu sur le fait qu’elle est bien dans ses meubles, qu’elle ne reconnaît pas, ne les ayant pas vus depuis deux ans et demi. Lorsque Mme Aravis découvre les photos de famille accrochées au mur, elle sourit : « *J’ai les mêmes chez moi !* ».

On joue là sur sa demi-compréhension. Elle perçoit bien la familiarité de l’environnement qui *ressemble* à « chez elle » mais ne *l’est* pas encore. Pour l’aider à franchir ce pas, l’aide-soignante de l’établissement lui propose de ranger sa valise avec elle. L’équipe de l’hôpital

psychiatrique s'efface de la chambre quelques minutes, le temps de transmettre certaines informations à l'infirmière du nouvel établissement. Lorsqu'elle revient dans la chambre, Mme Aravis est installée et prête à leur dire au revoir. Elle les embrasse très chaleureusement et leur fait promettre qu'ils reviendront lui rendre visite.

Une fois hors de l'établissement, l'infirmier et l'assistante sociale restent stupéfaits de la facilité de la transition entre la mise en scène du retour à domicile et sa réalisation. De retour dans le service, le logiciel dans lequel ils doivent inscrire cette sortie semble poursuivre le jeu de la fiction. L'infirmier, choisissant dans le menu déroulant l'une des modalités existantes, sélectionne l'item « sortie vers le domicile », en notant qu'il s'agissait d'un établissement médicosocial. Du point de vue de l'institution, une sortie vers une maison de retraite correspond bien à une sortie vers le domicile.

L'entrée de Mme Aravis en maison de retraite s'est donc bien faite à l'encontre de son consentement. Pour autant, on ne peut pas considérer qu'elle s'est opérée dans la rupture, puisque grâce à la fiction, à laquelle tout le monde a fini par croire, tout s'est déroulé dans une continuité qui ne cesse de surprendre.

CONCLUSION

Qu'ils se rendent à domicile à la rencontre des patients ou qu'ils les reçoivent dans les unités d'hospitalisation, les soignants en gérontopsychiatrie s'inscrivent toujours dans un horizon d'incertitude. Celle-ci porte en premier lieu sur le degré de vulnérabilité des personnes : si celles-ci doivent être consultées sur leurs préférences (même lorsqu'elles sont sous mesures de protection [Eyraud, 2013]), si leur consentement doit être recueilli et leur adhésion recherchée, une suspicion d'incapacité à prendre les bonnes décisions ne cesse de peser sur elles en raison d'une probable fragilisation de leurs facultés mentales. Ce qu'elles peuvent exprimer manque toujours, à des degrés divers, de crédibilité (Brossard, 2013). À ce doute concernant l'autonomie décisionnelle des personnes (Gzil, 2009) s'ajoute alors une incertitude qui porte cette fois sur l'intervention elle-même. Certes, les soignants sont préoccupés par le respect des droits et des libertés et par ce que nous avons appelé l'impératif de consentement. Pour autant, en pratique, ils ne sont pas prêts à subordonner leurs actions aux souhaits des patients

lorsque ceux-ci leur semblent prendre des décisions déraisonnables ou qu'ils déclinent l'aide qui leur est proposée. Les soignants continuent de tenter de leur faire entendre raison, parfois avec insistance, tout en se posant la question de l'opportunité de l'assistance. Ils ne cessent de se demander si l'offre d'accompagnement qu'ils suggèrent, et qui est dictée par des considérations thérapeutiques, mais aussi administratives, financières ou organisationnelles, autrement dit par les impératifs de la fluidité institutionnelle, s'avère la meilleure aussi bien du point de vue des besoins de la personne que de ses préférences. Cette double incertitude conduit les professionnels à agir avec prudence, c'est-à-dire à tenter de trouver le juste milieu entre défection et interventionnisme. Ainsi, plutôt que d'imposer des solutions ou d'y renoncer devant le refus des patients, plutôt que de contraindre ou de laisser faire, ils préfèrent influencer la décision, quitte à prendre du temps pour cela. C'est ainsi sous forme de *nudge* (Thaler et Sunstein, 2012) que les professionnels interviennent pour composer avec les usagers et obtenir de ces derniers qu'ils agissent conformément à leurs intérêts. Le *nudge* – qu'on pourrait traduire par « coup de pouce » – consiste en effet à utiliser des techniques douces pour influencer les comportements, tout en laissant la possibilité aux personnes de ne pas suivre les consignes qui leur sont données. Cette possibilité de *opt out* (Baldwin, 2014) peut avoir un coût élevé pour les destinataires du *nudge*, auquel cas, l'influence n'est pas loin de la contrainte. Le coût peut être au contraire très faible, auquel cas les comportements ne sont pas infléchis. C'est entre ces deux extrêmes que les soignants – tels des funambules du soin ou des « funambules du tact » (Gardella, Le Méner, Mondémé, 2006) – balancent en permanence en agissant plutôt par petites touches, sous différentes modalités et en articulant plusieurs temporalités. Ainsi agissent-ils avec la plus grande prudence afin de minimiser les risques : comme nous l'avons vu, ils restent parfois à distance en préférant être discrets au risque peut-être de perdre le contact ou de ne plus soigner. Ils peuvent aussi se servir de l'entourage comme levier, au risque de voir dévier leurs recommandations. Plus exceptionnellement, ils peuvent être conduits à forcer les choses en jouant sur la fiction, au risque du conflit.

Dans tous les cas, l'enjeu est d'éviter de parvenir au point de rupture, que ce soit en raison d'éventuels conflits ou en raison de l'étiollement de la relation. Pour se prémunir contre cette rupture, les soignants travaillent donc de manière fine à construire la durabilité de la situation

d'accompagnement en tentant de préserver un minimum de fluidité dans les échanges et dans les interactions. C'est cette fluidité interactionnelle et relationnelle qui permet en effet de tenir un fragile équilibre entre l'impératif de consentement et l'impératif institutionnel de fluidité et finalement de composer avec la contrainte et le laisser faire.

RÉFÉRENCES

- Baldwin, R. (2014), « From regulation to behaviour change : giving nudge the third degree », *The Modern Law Review*, vol. 77, n° 6, p. 831-857.
- Bergeron, H. et P. Castel (2010) « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, vol. 52, n° 4, p. 441-460.
- Bloch, M.-A. et L. Hénaut (2014), *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.
- Brossard, B. (2013), « Jouer sa crédibilité en consultation mémoire : les personnes âgées face à une évaluation cognitive », *Sociologie*, vol. 4, n° 1, p. 1-17.
- Chantraine-Demilly, L., O. Dembinski et C. Déchamp-Le Roux (2014), *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*, Montrouge, John Libbey.
- Coldefy, M. (2007), « La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques », Paris, Drees.
- Collectif Contrast (2015), « La régulation des pratiques contraignantes de soin en santé mentale : perspectives pour une approche interdisciplinaire », dans Koubi, Geneviève, Patricia Hennion-Jacquet et Vida Azimi (dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit. La folie entre administration et justice*, Paris, Éditions Panthéon-Assas, p. 229-245.
- Eyraud, B. (2013), *Protéger et rendre capable : la considération civile et sociale des personnes très vulnérables*, Toulouse, Erès.
- Eyraud, B. et L. Velpry, (2012), « Le secteur psychiatrique : une innovation instaurante ? », *Socio-logos*, n° 7.
- Gardella, E., E. Le Mener et C. Mondémé, (2006), *Les funambules du tact. Une cadre analyse des maraudes du Samusocial de Paris*, Rapport pour l'Observatoire du Samusocial de Paris, Paris.
- Gzil, F. (2009), *La maladie d'Alzheimer : problèmes philosophiques*, Paris, Presses universitaires de France.
- HCAAM, (2011), « Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées », Paris, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.
- Henckes, N. (2007), *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de doctorat, Paris, École des hautes études en sciences sociales.

- Lechevalier Hurard, L. (2013), « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du travail*, vol. 55, n° 3, p. 279-301.
- Lechevalier Hurard, L., P. Vidal-Naquet, A. Le Goff, A. Béliard, et B. Eyraud, (2017) « Construire le consentement : au cœur du travail des professionnels de l'accompagnement des personnes âgées ayant des troubles cognitifs ou psychiques », *Revue française des affaires sociales*.
- Sicot, F., L. Dassieux, F. Guillemaut, p. Manuello, M. Schutzamsom et B. Tudoux, (2015), *Parcours de soins en psychiatrie et systèmes locaux de prise en charge : une comparaison entre territoires et établissements*, Toulouse, Drees.
- Thaler, R. H. et C. R. Sunstein (2012), *Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision*, Paris, Vuibert.
- Vidal-Naquet, P., (2005), « Vigilance, risques et fragilité. Autour des personnes affaiblies par le grand âge », dans J. Roux (dir.), *Être vigilant, l'opérativité discrète de la société du risque*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne, p. 36-45.
- Vidal-Naquet, P., (2014), « Le travail de care : tact, ruse et fiction », dans A. Brodiez-Dolino, I. Von Bueltzingsloewen, B. Eyraud, C. Laval et B. Ravon (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales : de l'histoire à la sociologie*, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, p. 137-152.

TROISIÈME PARTIE

Solitude des soignants et collectifs de travail

CHAPITRE SEPT

L'élaboration de la situation de la personne malade comme travail de soin

Florent Schepens¹

Historiquement, on le sait grâce aux travaux d'Anne-Marie Arborio (1995), le groupe des aides-soignants (AS) naît d'une volonté de l'hôpital de décharger les personnels infirmiers d'une partie des tâches domestiques qui leur incombait (nourrir, laver, habiller, etc., les patients). Il s'agit « de mieux utiliser le temps et les compétences des infirmières » (Acker, 2004 : 64). Cette évolution du travail hospitalier entraîne une nouvelle division de l'activité soignante auprès de la personne malade (Acker, 2004 ; Feroni, 1994). Les tâches perçues comme ne nécessitant pas de savoirs professionnels pour être réalisées – « seulement » des savoirs domestiques qui appartiennent à la sphère de compétence maternelle (Guionnet et Neveu, 2007) et qui sont bien souvent réduits à de simples « *qualités féminines* » – seront déléguées aux aides-soignantes. Le cœur de métier de ces dernières se constitue alors à partir de ce qui n'est pas essentiel à l'activité d'infirmière, à partir de ce qui ne demande pas de compétence particulière. D'ici à percevoir les AS comme des soignantes sans compétences professionnelles, il n'y a qu'un pas qui sera parfois franchi dans certains services hospitaliers.

1. Ce texte s'appuie pour partie sur un article que nous avons publié ailleurs : « Participer pour rendre le travail possible », *Sociologie du travail*, 57, 2015, p. 39-60. Si le thème est identique, il s'agit dans ce chapitre de s'intéresser plus particulièrement aux aides-soignants.

D'autres sons peuvent pourtant se faire entendre. Ainsi une infirmière nous raconte :

« Moi, je leur dis [aux AS] : “Vous avez de la chance de pouvoir faire les toilettes : dans le relationnel, c'est super important les toilettes.” Avant, les toilettes, c'était à nous, c'était les infirmières qui les faisaient, c'était notre métier. Maintenant je vois les patients dix minutes pour donner des médicaments, faire une prise de sang. Alors, oui, je leur demande comment ils vont, s'ils ont bien dormi, mais je n'ai pas le temps d'entrer dans la relation. » (Laure, infirmière, gériatrie²)

L'activité d'AS permettrait alors d'accéder en partie à la dignité de l'activité infirmière. Pour autant, comme le souligne Arborio, si le contact avec le haut de la hiérarchie médicale est source de prestige – on côtoie au quotidien de grands professeurs hospitaliers – il est aussi un rappel permanent de sa position basse sur l'échelle hospitalière. Ainsi, *« loin d'effacer le statut dominé des moins qualifiés des personnels de soin que sont les AS, les interactions entre catégories opposées de personnels, liées au partage d'un même matériau, mettent en scène régulièrement leurs positions différenciées »* (1995 : 104). Les AS sont alors continuellement définies à travers l'absence : absence de qualification, de responsabilité, d'autonomie... Ces absences sont complétées par une absence apparente de travail tant leur tâche relève du travail invisible, c'est-à-dire d'une activité qui ne devient visible que si elle n'est pas accomplie : personne ne fait attention au fait qu'une table soit débarrassée, car il est « normal » qu'elle le soit. En revanche, ce qui ne l'est pas, c'est une table qui reste encombrée des vestiges d'un repas et de vaisselle sale. Il y a là l'indice d'un laisser-aller, voire d'une faute professionnelle.

Activité du bas de l'échelle hiérarchique dans le monde hospitalier, peu reconnue par le public, dévalorisée par les aides-soignants eux-mêmes – *« Moi, quand on me demande ce que je fais, je dis que je suis une torche-cul »* (Aude, AS, gériatrie), – être AS semble ne pas apporter de gratifications sociales et symboliques suffisantes pour permettre aux professionnels d'exercer leur activité sans en souffrir.

2. Les prénoms et les dates sont fictifs. Il s'agit de protéger l'anonymat de nos informateurs et celui des personnes malades dont les situations sont décrites ici.

Or, celles exerçant en unités de soins palliatifs (USP) semblent ne pas connaître les mêmes difficultés. C'est alors cette tension que nous souhaitons explorer dans ce chapitre.

Dans un premier temps, il s'agira d'expliquer le fonctionnement d'une unité de soins palliatifs, la nécessité du regard pluridisciplinaire et celle de la participation de l'ensemble des professionnels de soin dans la définition de l'état de la personne malade. Dans un second temps, nous aborderons le travail émotionnel que tous doivent réaliser dans ce type de service et nous proposerons de faire de la participation un processus qui permet non seulement de prendre en charge la personne malade, mais aussi de donner du sens à l'activité.

Ce texte s'appuie sur une cinquantaine d'entretiens non directifs et semi-directifs auprès de soignants – des AS, des infirmiers, des médecins, des psychologues, etc. – et de personnes malades principalement dans trois unités de soins palliatifs de trois CHU de l'est de la France. Ces unités sont de courts séjours (moins de deux semaines d'hospitalisation) et accueillent environ deux cents patients par année. Les entretiens ont été complétés par une observation *in situ* longue (cinq années) dans les services, avec notamment un intérêt portant sur les staffs – c'est-à-dire réunions pluridisciplinaires hebdomadaires –, lieux où est débattue la situation de la personne malade et où la ligne de soin qui lui sera proposée est construite.

1. LA VIOLENCE DU SOIN

Que l'on soit en USP ou ailleurs à l'hôpital, les paramédicaux en général et les AS en particulier travaillent au plus près de la souillure et du malheur (Fainzang, 1994; Véga, 2000). Les aides-soignantes sont des professionnelles du soin, leur titre le mentionne et les identifie comme telles, cependant elles n'ont pas les ressources professionnelles, culturelles et symboliques pour réaliser ce soin. Comme le souligne François Aubry (2010), cela provient essentiellement des contraintes organisationnelles qui s'imposent à ces personnels.

« En gériatrie, moi j'étais prête à aller faire caissière [dans un supermarché] pour ne plus faire ce que je faisais. C'était une souffrance pour moi... Quand j'ai su qu'il y avait un poste là [en USP], j'ai revu le jour... Mais à en faire une dépression en bas [en gériatrie], on faisait 15 toilettes le matin... En fait, tu avais

15 patients avec une infirmière que tu ne voyais pas parce qu'elle était débordée par ses soins techniques. Sur les 15 toilettes, tu en avais 13 complètes... Alors les valeurs que t'as en faisant ce métier... Moi je sortais de l'école, j'avais mes valeurs, bien... Je voulais faire mon métier comme t'en rêves et je tombe là... Il y a plus rien. Tu travaillerais à l'usine, ce serait pareil. Tu donnes à manger à des gens en 5 minutes, tu les lèves même s'ils n'ont pas envie, tu les laves même s'ils n'ont pas envie. [...] Voilà, si tu avais quelqu'un qui avait envie de prendre un bain et bien, le bain, tu oubliais parce que tu n'avais pas le temps de lui donner. Dur quoi » (Nathalie, AS, USP).

Cette situation rend le « vrai boulot » (Bidet, 2015), celui dont on est fière, impossible à atteindre. Cependant, si cette dimension de l'activité des aides-soignantes est bien documentée pour plusieurs types d'organisations³, elle ne s'applique pas en USP. Après plusieurs années passées à fréquenter les unités de soins palliatifs, nous n'avons jamais rencontré de soignant en dépression relationnelle, souffrant de stress ou prenant des congés maladie à répétition. Dans le même esprit, l'absentéisme ne connaît pas de taux qui pourraient signifier que les paramédicaux connaissent « une souffrance éthique » (Aubry, 2010). Effectivement, celles-ci sont très bien dotées en personnel. Pour 15 personnes malades, on compte en moyenne, sur notre terrain, 3 médecins, 10 infirmiers, 10 aides-soignants, 3 ASH, un psychologue⁴. Tous ces personnels ne sont pas là en permanence bien évidemment, mais, par exemple, en soins de suite et de réadaptation, on compte en moyenne 0,52 personnel par patient (Coquelet et Valdelièvre, 2011).

Il faut remarquer que les USP bénéficient de conditions de travail privilégiées par rapport au reste de l'hôpital. Ainsi le taux d'encadrement très important par rapport à l'ensemble de l'hôpital se double de la possibilité pour l'unité de sélectionner les nouveaux professionnels. Quand les autres services se voient affecter des paramédicaux, les USP les choisissent. Les personnes malades accueillies font, comme nous

3. On pourra lire : Arborio, 1995, pour les AS en général ; Rimbart, 2011, sur les EHPAD ; Divay, 2013, sur les hôpitaux locaux ; Aubry, 2012, sur les services de gérontologie

4. D'après une étude réalisée par l'Observatoire national de la fin de vie en 2013, on compte en moyenne 12 lits par USP. Pour 10 lits, on dénombre 1,5 équivalent temps plein (ETP) médecin, 7,4 ETP infirmier, 7 ETP aide-soignant et 0,6 ETP psychologue.

le verrons dans la suite du texte, elles aussi l'objet d'une sélection. Les USP ne dépendent pas non plus exactement du même mode de financement que les autres services et sont donc moins soumis à la logique de résultat présente dans la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF). En bref, ces conditions quelque peu exceptionnelles dans le paysage hospitalier français expliquent une partie de l'absence de souffrance éthique de la part des soignants. Si le taux d'encadrement, si la moindre attente en matière de résultats financiers sont, sans nul doute, importants dans la possibilité de se réaliser au travail en élaborant les toilettes, l'habillement, etc., comme des actes de soin, en revanche, ils ne suffisent pas. En effet, il nous est arrivé une fois d'observer cette souffrance éthique à l'œuvre ainsi que ses conséquences alors que l'équipe soignante était au complet. La souffrance semblait essentiellement provenir d'une impossibilité pour les paramédicaux de donner du sens aux prises en charge qu'ils élaboraient. Si le soin perd son sens, alors il devient délétère pour les soignants.

1.1 La nécessité du regard pluridisciplinaire

La particularité du soin palliatif, tel qu'il est réalisé en CHU, est que l'action menée ne vise pas à guérir la personne malade. Celle-ci est incurable, atteinte par une maladie évoluée et évolutive. Le patient en USP est considéré comme étant « en fin de vie » (Castra, 2003).

L'absence d'efficacité thérapeutique met les médecins dans une situation particulière : ils doivent soigner sans guérir, ils doivent prendre soin, ce qui est l'apanage des paramédicaux. La division du travail s'en trouve chamboulée, le médecin ne peut se prévaloir d'un rôle d'expert qui aurait plus d'importance que celui tenu par les infirmiers ou les aides-soignants.

Puisqu'ils ne peuvent guérir les patients, les USP vont donner une forme spécifique à l'objet de leur travail médical (Hardy, 2013) et ils vont médicaliser les dimensions non physiologiques des personnes malades pour développer une prise en charge globale de ces dernières. Leur prise en charge est, selon nos informateurs, « psycho-socio-familiale ». Aborder le patient à travers ses multiples dimensions, c'est, selon les professionnels, l'unique solution pour que sa mort se déroule « de la moins mauvaise manière possible » (Rémi, médecin, USP). Cependant, les médecins ne savent pas réaliser seuls une telle prise en

charge. Il faut donc mobiliser d'autres ressources que celles habituellement à la disposition de la médecine pour avoir une approche totale des patients. Il s'agira alors de s'entourer de multiples collaborateurs ayant des champs disciplinaires différents et de demander aux paramédicaux de participer à l'élaboration de la décision médicale.

Dans une telle situation, infirmiers et AS se retrouvent à documenter des éléments qui sont habituellement considérés comme hors de leur champ de compétences. On ne reconnaît pas de compétence éthique aux AS et pourtant en USP, on va leur demander de participer aux réunions de staffs non pas pour informer les médecins sur l'état du patient, de sa famille... mais pour élaborer un diagnostic – pour définir la situation de la personne malade – qui servira de base aux traitements proposés ou, au contraire, à un arrêt des suppléances. La participation a ici un sens fort, car elle permet d'influer sur une décision qui appartient légalement aux médecins. Si les paramédicaux informent, on attend aussi d'eux qu'ils fassent valoir leurs arguments.

Note de terrain, staff du 16 septembre 2008

Laure, interne – On a quelques petits soucis avec Monsieur Matthieu. Il lui arrive de ne pas répondre à la stimulation. Alors on se demande s'il n'est pas épileptique. Pour ça, on programme un électro-encéphalogramme [EEG] et une IRM.

Marine, aide-soignante – Nous on se demande si ça a un sens de faire tout ça. C'est un patient en soins palliatifs alors est-ce que ça a un sens de savoir s'il est épileptique ou non [sous-entendu : laissons-le en paix] ?

Laure – Mais ce n'est peut-être qu'un épisode aigu, quelque chose de ponctuel qui l'assomme.

Hélène, médecin – Il est en phase palliative, c'est sûr, mais est-il en phase terminale ? Je n'arrive pas à me faire une idée...

David, médecin – Moi, à mon avis, il va mourir bientôt. Dès que je l'ai vu, je me suis dit : « il va pas aller bien loin ».

Après quelques minutes de discussion :

Hélène – On a tous le même ressenti donc on va se fier à ce ressenti. On ne va pas faire d'IRM, juste un EEG parce que ce n'est pas agressif.

Marine – Oui mais qu'est-ce qu'on va en faire ?

Hélène — Ça peut apporter quelques réponses, mais on ne va pas plus loin. On fait juste un EEG à visée symptomatique puisque ce patient est en palliatif terminal.

Espace participatif où se déroulent des opérations d'élucidation de la situation de la personne malade, de négociation face à l'incertitude, de définition de la situation à partir des fins poursuivies, les *staffs* sont des arènes où les personnels médicaux et paramédicaux élaborent collectivement la ligne de soin concernant un patient. Ce travail collectif est indispensable pour répondre à ce que E.C. Hughes (1996) appelle le mandat, ici palliatif, mais aussi pour rendre le travail émotionnel possible (Castra, 2016).

Cependant, ne nous y trompons pas : c'est la spécificité du travail palliatif qui rend cette collaboration – exceptionnelle à l'hôpital (Arborio, 1994) – nécessaire et non délétère pour les personnels du bas de la hiérarchie hospitalière. Nous restons d'accord avec ce qu'écrit Arborio : « Les interactions entre catégories opposées de personnels, liées au partage d'un même matériau, mettent en scène régulièrement [la] position différenciée [des personnels de soin] » (Arborio, 1995 : 104). Dès lors, il ne faut pas faire preuve d'irénisme. Ici, la hiérarchie professionnelle n'est pas abolie, mais elle semble fonctionner non pas comme un rappel des rapports de domination, mais plutôt comme une division professionnelle du travail où chaque acteur est conscient de devoir compter sur les autres pour mener à bien sa propre tâche. Les rapports hiérarchiques existent toujours, mais s'en trouvent atténués. Ici, l'aide-soignante n'est pas définie uniquement par ce qu'elle ne fait pas, mais aussi par ce qu'elle apporte dans l'élucidation de la situation de la personne malade. Ainsi, dans la vision palliative du soin qui prône une approche globale, il est nécessaire d'entrer en relation avec la personne malade. Dans ce cadre, il faut atténuer la violence symbolique parfois générée par une trop grande différence de place dans la stratification sociale entre le patient et tel type de soignant. On trouve alors, dans les situations problématiques, une division du travail de relation en fonction du statut social des personnes malades. C'est le cas de Madame Corret, ancienne assistante maternelle, qui reste pour ainsi dire mutique face aux sollicitations de l'équipe soignante. Alors que celle-ci fait le constat des difficultés à cerner Madame Corret, Nadine, AS, dira : « Moi, je l'adore cette dame. On parle toutes les deux. Je la

trouve super.» Partager un même statut social peut aider à la communication, et Nadine deviendra la personne référente pour tout ce qui concerne Madame Corret.

1.2 Participer pour pouvoir travailler

On demande alors beaucoup aux aides-soignantes et aux infirmiers.

« C'est assez costaud quand même [ce qu'on nous demande en USP]. Et au niveau des soins, et au niveau de la réflexion, et au niveau de l'organisation, et au niveau d'un peu tout, quand même. D'ailleurs je me souviens, au début je me sentais un peu... Tu sais, j'avais l'impression que j'avais le cerveau pressurisé tellement j'avais l'impression qu'on nous en demandait » (Marie, infirmière, USP).

Participer au travail médical quand on est paramédical n'est alors pas sans effet et conduit à accepter les « charges de la participation » (Charles, 2012). Ces charges sont issues des activités supplémentaires qu'on attend de l'employé et qu'il accepte de réaliser pour tenir un poste.

Cependant, ces charges ne sont pas perçues comme des servitudes de la part des paramédicaux et à la suite d'un premier temps d'« adaptation », le travail n'est plus considéré comme « lourd ».

Ce temps d'adaptation est un temps d'apprentissage *in situ* du rôle attendu du soignant en USP. Il nous semble alors que les USP n'attendent pas « trop » de leurs AS, que leur travail n'est pas hors de leur champ de compétences. « La définition formelle des tâches de l'aide-soignante, si elle reste floue, la range du côté des professionnels du soin » (Arborio, 1995 : 99). L'AS de pédiatrie n'est pas la même que celle d'oncologie, qui est encore différente de celle de soins palliatifs. Puisque dans ce dernier service on ne fait que du soin, on peut attendre de l'aide-soignante qu'elle participe à l'ensemble des activités du service.

Les AS sont alors prises dans un cadre de travail qui les contraint à une participation dépassant de beaucoup les exigences habituelles des autres services. Pour autant, ce cadre n'est pas que contrainte, car il ne semble pas être une source de souffrance : les paramédicaux, nous l'avons déjà signalé, vivent bien leur univers de travail : « *Nous, on n'a pas de problème avec la mort* », nous disait la psychologue d'un service.

L'hypothèse que nous allons développer par la suite est que cette participation attendue est ce qui permet aux paramédicaux de supporter le travail en USP sans souffrir. D'autres soignants ne supportent pas, ou alors pas longtemps, de travailler dans ce type de service. C'est le cas, par exemple, d'une infirmière de remplacement qui nous avouait avoir connu des « angoisses de mort » durant son emploi de six mois en soins palliatifs.

Si seuls les professionnels d'USP supportent cette activité, c'est qu'ils disposent de ressources qui leur sont propres pour normaliser leurs émotions au travail.

2. TRAVAIL ÉMOTIONNEL

Les émotions, suscitées par le contexte de travail, peuvent empêcher de travailler. Elles deviennent alors un objet à transformer (Jeantet, 2003). Il faut les normaliser pour qu'elles ne soient pas délétères. Pour ce faire, pour « ne pas avoir de problème avec la mort » par exemple, les soignants vont proposer leur propre définition collective de ce qui arrive à la personne malade et de ce qu'il convient de faire.

2.1 Transformer l'identité des patients pour transformer le sens du soin

Monsieur Arno est un patient d'oncologie, il est hospitalisé pour un cancer des mandibules. Celui-ci entraîne une nécrose faciale et, littéralement, pour l'écrire avec les termes des soignants d'oncologie, jour après jour son visage est « grignoté ». Les soignants se plaignent de ce patient et font entendre des manifestations de dégoût (Lhuillier, 2011) : il n'est « pas beau », il ne sent « pas bon ». Puis la maladie évolue, les traitements proposés s'avèrent être inefficaces et l'annonce en est faite à Monsieur Arno. Le voici identifié comme un incurable dont la maladie, évoluée et évolutive, met en jeu son pronostic vital à court terme. Pour le dire simplement, Monsieur Arno va bientôt mourir, il est perçu et se perçoit comme condamné.

Habituellement, pour se défendre de la violence du malheur, mais aussi pour avoir une plus grande efficacité thérapeutique, le service d'oncologie objective ses patients. C'est une stratégie classique, et l'oncologie fait disparaître Monsieur Arno derrière sa maladie : il est

le cancer des mandibules avec une nécrose faciale. Cependant si cette réduction de la personne malade en sa pathologie est acceptable par tous – patient et soignants – tant que la trajectoire est curative, l'annonce de l'incurabilité transforme en profondeur l'image sociale de Monsieur Arno : il n'est plus que cet organe condamné pour lequel on ne peut plus rien. Monsieur Arno est alors un vivant déjà mort.

La nécrose s'étend et les soignants voient leur dégoût céder la place à de l'angoisse, notamment des angoisses de contagion, contagion de la maladie⁵, mais aussi du malheur qui touche cet homme (Véga, 2000 ; Véga et Soum-Poulayet, 2010). « C'est quand le mortifère s'imisce dans le règne du vivant que le dégoût glisse vers l'angoisse » (Lhuillier, 2011 : 138) et l'angoisse met en jeu la santé psychique, l'équilibre des soignants d'oncologie. Tous, sauf une, refusent de participer à la prise en charge de la personne malade. Les médecins n'entrent plus dans cette chambre au nom de leur impuissance thérapeutique ; les soignants se plaignent de cauchemars, certains prennent des congés maladie. Ce qui pose problème pour les soignants d'oncologie, c'est que s'ils considèrent Monsieur Arno comme étant déjà mort, l'évolution de sa nécrose est perçue comme un début de cadavérisation. S'il a commencé un processus de décomposition, alors il doit être un cadavre. Cependant, ce cadavre se comporte comme s'il était toujours vivant : il mange, il boit, il dort, il nécessite des soins non mortuaires, il parle, reçoit de la visite. Il est une figure particulièrement dérangement de mort dans la vie. L'image n'est peut-être pas très heureuse, mais nous lui trouvons quelques vertus heuristiques : Monsieur Arno est un mort vivant pour les soignants en oncologie.

Devant les difficultés de l'équipe d'oncologie, les soins palliatifs admettent Monsieur Arno en unité. Là, il devient un patient lambda : il reçoit la visite des médecins, la psychologue viendra le voir, les paramédicaux ne trahissent aucune difficulté pour mener les soins. Il ne suscite plus aucune des émotions violentes qu'il faisait naître en oncologie. À croire qu'il ne s'agit plus du même patient. Effectivement, en passant en soins palliatifs, Monsieur Arno n'est plus identifié de la

5. La contagion de la souillure est symbolique (Douglas, 2001). D'un point de vue immunologique, ni la nécrose, ni le cancer ne sont contagieux en tant que tels.

même manière par les professionnels qui le prennent en charge : il est toujours un incurable allant vers sa fin, mais de déjà mort, il va devenir un mourant.

Si la situation est insupportable pour les soignants d'oncologie, c'est qu'un faisceau d'éléments rend le travail émotionnel particulièrement difficile. Sans entrer dans le détail ni l'articulation de ces éléments, soulignons que l'incurabilité, la nécrose, le jeune âge de Monsieur Arno et de ses enfants se conjuguent pour en faire un cas particulièrement prégnant de « mauvaise mort » (Hintermeyer, 2004). D'autres situations, moins violentes, ne nécessiteront pas l'intervention de l'USP.

Pour pouvoir travailler entourés de patients incurables aux situations toutes dramatiques, les professionnels de soins palliatifs doivent proposer une autre définition de leur mandat – ils ne guérissent pas, ils prennent soin – et de la mort : celle-ci est perçue comme inéluctable et naturelle. S'éloigner de la définition dominante du mandat des hospitaliers est une manière de déresponsabiliser les soignants de la mort du patient (si celle-ci est inévitable, on ne peut pas rendre les professionnels du soin responsables de sa survenue). Cela va permettre de transformer le mort vivant des oncologues en mourant qui, s'il n'est plus un vivant comme les autres, est pourtant toujours en vie. Cette opération permet de tenir à distance la mort de l'individu et empêche l'angoisse d'advenir : la mort et la vie ne se mélangent pas dans la figure du mourant, il n'est alors plus un symbole de désordre (Douglas, 2001). Cette nouvelle identité, non seulement, normalise la situation du patient et, par conséquent, les émotions qu'il suscite, mais en plus elle valorise le travail de soin, atténuant la frontière entre le *care* et le *cure* :

« Cette dame, elle a une tumeur de la taille d'un rocher dans le dos. Quand elle aperçoit son reflet, elle est horrifiée. Elle nous dit qu'elle se transforme en monstre. Alors la coiffer, la maquiller, c'est important pour l'image qu'elle a d'elle-même. Se sentir belle, ça lui permet de s'assurer qu'elle appartient bien à l'humanité » (Myriam, AS, USP. Note de terrain.)

S'il ne s'agit bien entendu pas de guérir la patiente de son cancer, en revanche l'AS va participer à un travail psychologique de « réfection des images narcissiques » (psychologue, USP). C'est donc bien plus qu'une « simple » toilette, c'est un soin et un soin curatif, puisqu'il s'agit de réfection.

C'est donc, sur nos terrains, le sens du contexte de travail qui va être modifié quand le travailleur affronte, de manière chronique et non exceptionnelle, des événements qui mobilisent des dimensions symboliques fortement délétères : la souillure, la mort, le malheur d'autrui et les risques de contagion. Ces dimensions vont entraîner des émotions : dégoût, angoisse, peur, etc., qui, à cause de leur chronicité, devraient rendre impossible leur activité. Cette transformation du sens des événements vécus au travail permet de faire du « vrai boulot » (Bidet, *op. cit.*) malgré la proximité de la souillure.

Le travail des soignants, en plus des gestes de soin, est un travail de redéfinition du statut de la personne malade. Il s'agit là de neutraliser la situation du patient afin de la rendre inoffensive et de pouvoir prendre soin. Comme le souligne Dussuet :

Cette transfiguration du « sale boulot » par le sens investi dans le travail n'est possible qu'à la condition d'un engagement authentique : il ne peut s'agir ici de mise en scène de sentiments qui ne seraient pas réellement éprouvés, cela ne « fonctionnerait » pas ! (Dussuet, 2010 : 82).

Dans ce cadre, on ne peut pas faire semblant sinon l'échafaudage symbolique s'effondre. On ne résiste pas à la proximité de la souillure si on ne croit pas en sa normalité. Il ne s'agit pas alors de dénier la souffrance émotionnelle, il faut que soit réellement transformé le sens de l'activité.

2.2 Le collectif comme ressource pour maintenir le sens du soin

Cette subversion n'est pas un prérequis à l'entrée dans le groupe professionnel. Ce sont les professionnels en place qui apprennent, en actes, lors des premiers temps d'activité, à interpréter le monde à partir des cadres culturels de l'activité. Ceux-ci doivent être partagés par l'ensemble des professionnels d'un même groupe, sinon la cohérence de la culture professionnelle, et donc son efficacité, n'est pas assurée : ils doivent tous interpréter une situation de manière identique.

On apprend alors aux nouveaux venus la bonne interprétation des événements, ce qui va modifier la teneur des émotions associées. On le voit bien à travers l'exemple de cette infirmière nouvellement recrutée

qui, en pleurs, explique au *staff* qu'elle a vécu l'arrêt du respirateur d'un patient comme étant une euthanasie dont elle se sentait responsable et donc coupable («*j'ai eu l'impression de le tuer*»). Arrivée depuis trop peu de temps dans le service, elle n'avait pas encore intégré qu'ici la mort était naturelle et donc que si l'on meurt, c'est à cause de la pathologie et non du geste soignant : le patient est décédé d'une insuffisance respiratoire et non de l'arrêt de son respirateur. Quelques semaines plus tard, une fois la culture palliative incorporée, la mort des patients ne suscitera plus ce type d'émotion. Si les soignants n'éprouvent jamais de joie lors du décès d'un patient – il n'y a pas de bonne mort en soins palliatifs –, ils peuvent en revanche être amenés à ressentir une certaine fierté envers l'accompagnement qu'ils ont pu réaliser :

«Il y a une satisfaction quand on est dedans [la prise en charge d'un patient] et qu'on fait un accompagnement. Je suis bien avec moi-même» (Nina, AS, USP). Légitime fierté du travail bien fait qui empêche la souffrance éthique de survenir.

Si le collectif forme, il réactive aussi, quand besoin est, les ressources disponibles pour donner un sens non délétère à des situations plus exceptionnelles.

Monsieur Gen est un patient d'une soixantaine d'années atteint d'un cancer évolué et évolutif touchant les voies respiratoires. On évoque le cas de ce monsieur en staff parce qu'il vient de faire une «fausse route» et il a fallu «l'aspirer» : des aliments ont obstrué les voies respiratoires, aliments que l'on a retirés en les aspirant à l'aide d'une canule. Les paramédicaux souhaitent installer une alimentation par sonde pour éviter qu'une telle mésaventure se reproduise, d'autant plus que monsieur Gen est trop faible pour s'alimenter seul. C'est alors une aide-soignante, Soline, qui porte la revendication de la fin de l'alimentation orale, car c'est elle qui nourrissait monsieur Gen lors de sa fausse route. «Je ne veux pas être le bras armé qui va tuer monsieur Gen» dira-t-elle au staff.

Une discussion s'installe, car monsieur Gen souhaite continuer l'alimentation orale.

– Richard, médecin : « Est-ce que la volonté d'un malade s'impose face à des contraintes et des limites professionnelles ? Est-ce qu'à partir du moment où un tiers est mobilisé [un soignant], l'auto-nomie [du patient] s'impose à vous [paramédicaux] ? »

La question est bien ici celle de savoir s'il faut respecter les désirs de monsieur Gen concernant son alimentation alors que cela malmène les soignants.

Lucile, infirmière : « En même temps, ce monsieur est gourmand et adore manger. C'était une de ses passions. Si on le nourrit par sonde, c'est comme si tu lui enlevais sa valeur première. Si tu lui enlèves ça, tu le tues, mais si tu lui donnes à manger, tu risques de le tuer ».

À partir de là, on se doute que le sens de la vie de monsieur Gen – donc ce qui est important pour les soignants – soit construit comme lié à l'alimentation orale (il est gourmand, il adore manger, c'est sa passion). Il va donc falloir faire du geste du soignant qui donne à manger un geste de soin et non un geste mortifère.

– Sandrine, psychologue de l'USP : « Lui donner à manger, ce n'est pas le tuer. "Si je meurs en mangeant, au moins, je meurs dans la vie." Ce n'est pas aller plus vite dans la mort, mais vivre sa vie comme il l'entend en allant vers la mort la moins inacceptable ».

– Soline, aide-soignante : « Oui, mais là, il y a un geste à faire : s'il s'étouffe, il faut aspirer. Là, la mort, elle peut être liée à un échec soignant. »

– Richard, médecin : « La mort n'est pas un échec, elle est une destinée (la mort est naturelle). [...] L'échec soignant serait de [...] faire vivre [le patient] en contradiction avec ce qu'il souhaite. »

– Hélène, médecin : « De toute façon, ce monsieur il est encombré. Donc même nourri par SNG [sonde naso-gastrique], il risque de s'étouffer. Quitte à s'étouffer, je crois qu'il préférera que ce soit en mangeant. »

– Sandrine, psychologue : « S'il y a un bras qui tient la cuillère, c'est à cause de la maladie, s'il y a fausse route, c'est à cause de la maladie, s'il meurt, c'est à cause de la maladie. »

Le collectif forme les nouveaux venus en leur fournissant la culture professionnelle à travers laquelle seront prises en charge les personnes malades. Cependant, cette culture a besoin d'être activée pour être efficiente et c'est, encore une fois, le collectif qui va permettre aux soignants de mobiliser les ressources disponibles pour donner du sens à leur activité.

CONCLUSION

Pour tous les soignants d'USP, la proximité du malheur, de la maladie, des corps abimés nécessite que la situation de la personne malade soit définie collectivement pour être « acceptée » par l'ensemble des soignants. Cela permet de supporter « les charges de l'activité » qui, sinon, seraient trop lourdes et conduiraient à du mal-être au travail.

Les USP réclament une implication forte des AS : elles doivent participer à l'élaboration de la situation problématique de la personne malade. Cette implication, beaucoup plus importante ici que, à notre connaissance, dans les autres services hospitaliers, se justifie d'un double point de vue : d'abord par la nécessité, selon les USP, d'un regard pluridisciplinaire pour bien prendre en charge un patient ; ensuite parce que la participation à l'élaboration de la ligne de soin donne du sens au soin et contient sa violence. L'engagement des AS dans le travail palliatif est donc un impératif pour faire du bon travail tel que l'entend le mandat de ce type de service, mais aussi pour résister à son activité.

Cette organisation particulière est liée aux soins palliatifs. C'est parce que les médecins ne peuvent, seuls, décider de la ligne à suivre qu'ils incitent les AS – et plus largement les paramédicaux – à donner leur avis. Pour qu'elles acceptent de le faire, il faut qu'elles soient entendues et que l'équipe soit bienveillante. Si le climat ne s'y prête pas, la parole ne se fera pas entendre : il n'est pas évident de prendre la parole en public et de se sentir légitime face à des « supérieurs » hiérarchiques :

– FS : « Est-ce que les médecins écoutent et est-ce que tu es entendue ? »

– Nadia, AS, USP : « Sans souci. C'est bien une qualité qu'il y a ici. Et ce serait dur à vivre... tu vois si demain je devais changer de service, ce serait vraiment dur à vivre de ne pas être écoutée,

d'avoir des trucs à dire et qu'en face... Ici, on est écouté... J'ose prendre la parole... Un peu moins [avec] Rémi [le chef du service] mais j'y travaille. Mais j'ose leur parler, enfin j'ose leur dire ce que je pense, ce que je ressens, voilà quoi...»

RÉFÉRENCES

- Acker, F. (2004), «Les infirmières en crise ?», *Mouvements*, 32, p. 60-66.
- Arborio, A.-M. (1994), «Médecin et aide-soignante : une relation de pouvoir sans face à face», *Panoramiques*, 17, p. 60-64.
- Arborio, A.-M. (1995), «Quand le “sale boulot” fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l’hôpital», *Sciences sociales et santé*, 13, 3, p. 93-124.
- Aubry, F. (2010), «La place du groupe de pairs dans l’intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD», *SociologieS*, consulté sur Internet (<http://sociologies.revues.org/3291>) le 3 juillet 2015.
- Bidet, A. (2015), *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot*, Paris, Presses universitaires de France.
- Castra, M. (2003), *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Presses universitaires de France.
- Castra, M. (2016), «Travail émotionnel et compétences relationnelles en soins palliatifs», dans F. Schepens (dir.), *Les soignants et la mort*, Toulouse, Erès, p. 123-135.
- Charles, J. (2012), «Les charges de la participation», *SociologieS* [Online], First texts, consulté sur Internet (<http://sociologies.revues.org/4151>) le 2 mai 2014.
- Coquelet, F. et H. Valdélièvre (2011), «Les soins de suite et de réadaptation en 2008», n°23, *Dress*.
- Divay, S. (2013), *Soignantes dans un hôpital local*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Douglas, M. (2001), *De la souillure*, Paris, La découverte.
- Dussuet, A. (2010), « Genre et mobilisation de la subjectivité dans le travail », dans D. Linhart (dir.), *Pourquoi travaillons-nous ?*, Toulouse, Erès, p. 69-96.
- Fainzang, S. (1994), «L'alcoolisme, une maladie contagieuse. Réflexions anthropologiques sur l'idée de contagion», *Ethnologie Française*, 24, 4, p. 825-832.
- Feroni, I. (1994), *Les infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel*, Université de Nice, thèse pour le doctorat de sociologie.
- Guionnet, C. et E. Neveu (2007), *Féminins/Masculins. Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin.
- Hardy, A.-C. (2013), *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, Presses de l'EHESP.

- Hintermeyer, P. (2004), « *La quête de la "bonne mort"* », dans S. Penneç (dir.), *Des vivants et des morts*, Brest, UBO, p. 101-110.
- Hughes, E. C (1996), *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS
- Jeanet, A. (2003), « L'émotion prescrite au travail », *Travailler*, 1, 9, p. 99-112.
- Lhuillier, D. (2011), *Cliniques du travail*, Toulouse, Erès.
- ONFV (2013), Les Unités de Soins Palliatifs en 2013, Tableau de bord national, consulté sur Internet (<http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/09/TABLEAU-DE-BORD-NATIONAL-USP-2013.pdf>) le 12 avril 2014.
- Rimbert, G. (2011), *Vieillards sous bonne garde*, Paris, Éditions du croquant.
- Véga, A. (2000), *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Archives Contemporaines.
- Véga, A. et F. Soum-Poulayet (2010), « Entre rationalité scientifique et croyances individuelles. Stratégies d'adaptation des soignants à la maladie grave », *Anthropologie et Sociétés*, 34, 3, p. 229-248.

CHAPITRE HUIT

Émotions, organisation et fin de vie. Le travail des aides-soignantes et des infirmières de soins palliatifs

Michel Castra

Les soins palliatifs constituent un mouvement dans la médecine, qui participe d'un changement des conceptions professionnelles face à la fin de vie : on entend réhabiliter les malades mourants dans le système de soins, apaiser les inconforts, les douleurs et les souffrances, et plus largement prendre en compte l'expérience subjective des patients face à la maladie et à la mort. Dans ces structures, les professionnels sont engagés dans une dynamique relationnelle exigeante, puisqu'elle implique fortement la subjectivité et les émotions des soignés, mais aussi des soignants. Depuis leur émergence, dans la seconde moitié des années 1980, les soins palliatifs présentent un modèle de soins qui accorde une place centrale à la subjectivité des soignés, mais aussi des soignants. Domaine jusqu'alors peu investi par le corps médical, la fin de vie est devenue un champ d'intervention spécifique et légitime à l'hôpital, visant à combler les « insuffisances » et les « lacunes » du monde médical pour cette catégorie de patients habituellement reléguée à la marge du système hospitalier.

L'émergence de ces structures de soin spécialisées est étroitement liée à l'invention de mécanismes spécifiques visant à réguler et à maintenir l'engagement des soignants confrontés à des difficultés qui prennent un relief particulier dans ce contexte de soins.

Cette médecine palliative crée une exigence nouvelle pour les professionnels, pour trois raisons. Il s'agit d'abord d'apporter une compétence technique efficace dans la prise en charge médicale des

douleurs et des symptômes rebelles liés aux fins de vie ; les aides-soignantes et les infirmières ont bien sûr un rôle majeur à jouer dans ce domaine (soins de *nursing*, transmission d'informations sur le confort des patients...). Les professionnels, et tout particulièrement les paramédicaux, sont dans le même temps engagés dans une dynamique relationnelle exigeante, puisqu'elle implique fortement la subjectivité et les émotions des soignants et des soignés. Enfin, une dernière difficulté peut être rapportée au processus de spécialisation du mourir à l'œuvre en soins palliatifs, qui se traduit par une sélection et une concentration de malades mourants en un lieu particulier. Accueillant pour l'essentiel des patients qui ont entre quelques jours et quelques semaines (plus rarement, quelques mois) à vivre, les unités de soins palliatifs ne concernent pas que les personnes âgées, puisqu'on y retrouve bon nombre de patients relativement jeunes qui peuvent être socialement proches des soignantes qui y travaillent : on peut y voir une dimension importante de la pénibilité morale et de la composante émotionnelle du travail dans ces unités.

Dans cette contribution, il s'agit d'aborder la question de la régulation des émotions en examinant plus spécifiquement la situation des infirmières et des aides-soignantes, sur qui repose une grande partie de ce travail émotionnel. On s'efforcera ainsi de comprendre comment, dans le contexte des soins palliatifs, ces personnels répondent aux exigences de gestion des émotions qui peuvent se présenter comme une contrainte, mais aussi comme une ressource dans l'accompagnement des malades. Nous proposons dans ce qui suit d'explicitier certaines questions que pose le travail émotionnel chez les personnels paramédicaux de ces unités, en insistant sur l'importance de l'organisation du travail dans cette gestion des émotions. Mais l'unité de soins palliatifs est aussi un lieu où la prescription et la proscription des émotions au travail participent à la production de rapports sociaux et moraux dans le domaine de la fin de vie.

Dans une première partie, on cherchera à montrer que l'émergence des soins palliatifs est liée à l'invention d'un nouveau mode de régulation des émotions dans le domaine de la fin de vie qui implique fortement les aides-soignantes et les infirmières de ces services. On évoquera ensuite la place de l'organisation et du collectif de travail

dans la régulation des émotions. On montrera enfin comment les normes et les croyances professionnelles en soins palliatifs viennent structurer le travail émotionnel en situation de fin de vie.

1. IMPLICATION RELATIONNELLE ET ACCOMPAGNEMENT DES MALADES EN FIN DE VIE

Avec l'apparition des soins palliatifs, on voit progressivement se mettre en place, durant les années 1990, une nouvelle conception de l'éthique médicale à l'approche de la mort qui inscrit la démarche de soins à rebours des procédures classiques de mise à distance (Herzlich, 1976 ; Lert et Marne, 1993 ; Cosnier, 1993) et de dissimulation ou de refoulement des affects (Elias, 1987).

Il ne s'agit plus de privilégier des normes de neutralité émotionnelle, mais au contraire d'envisager pour les infirmières et les aides-soignantes un apprentissage de la relation au malade qui permette une gestion plus individualisée des émotions qui ne doivent pas être ignorées ou passées sous silence, mais prises en compte, accueillies et considérées comme faisant partie du travail de soins lui-même. Dans ce contexte de soins, les émotions et la subjectivité des protagonistes deviennent des objets explicites et légitimes du travail, et cela à un double titre : pour les soignés, mais aussi pour les soignants. On retrouve l'idée classique d'Arlie Hochschild (2003), selon laquelle on a bien un « travail émotionnel », qui est à la fois un travail sur soi et un travail sur autrui avec une reconnaissance explicite de cette dimension. Le travail en soins palliatifs est marqué par une tension que doivent assumer constamment les soignantes et qui est particulièrement difficile à assumer : d'un côté, prendre en charge une clientèle particulièrement lourde, faire face à une souffrance permanente et dans le même temps permettre le contrôle de cette souffrance ; répondre à des exigences qualitatives dans la relation qui se manifestent par une réelle proximité, une attention aux émotions et en même temps maintenir une distance nécessaire pour se préserver

On constate d'ailleurs que cette réelle difficulté pour le personnel à être auprès des mourants, loin de s'effacer ou de s'estomper après plusieurs années de travail, persiste et parfois même s'accroît. L'endurcissement et la résistance morale ne sont jamais véritablement acquis en soins palliatifs : à chaque instant, le mourant vient rappeler

au bien portant sa finitude et la réalité de sa propre mort. L'inquiétude des soignants se traduit alors par un questionnement récurrent sur le sens de l'existence et sur les aspects les plus fondamentaux de la condition humaine :

« La semaine dernière, j'étais pas bien du tout. Vraiment je croyais que j'avais un cancer. Alors que ça n'était pas ça du tout – (...) J'avais mal au ventre, enfin, j'étais pas bien, quoi tu vois ? Je me suis réveillée un matin angoissée en me découvrant une boule à la gorge, j'avais très mal à la gorge. Je me suis dit : "J'ai un cancer à la gorge." (...) Et puis souvent, je pense à la mort. Ça cogite, c'est usant de travailler là-dedans tu sais. » (Danièle, aide-soignante)

La répétition des décès crée, au fil du temps, une pression permanente que les infirmières et les aides-soignantes évoquent souvent. L'unité de soins palliatifs apparaît dans l'hôpital comme un lieu particulier où les repères traditionnels des professionnels sont bouleversés. Les soignantes expriment souvent une intolérance à la souffrance d'autrui et à l'omniprésence de la mort :

« L'inconvénient, c'est la mort, la mort, on voit tout le temps la mort. Des gens qui ont plein de maladies et puis on peut rien faire, la mort par elle-même. Avant, j'avais pas conscience de tout ça ; forcément, j'étais pas confrontée à la mort tous les jours. Et des fois, la mort j'en ai marre (...). La souffrance aussi, la souffrance des gens, des familles surtout, ceux qui restent. » « Non, mais c'est vrai, t'es vraiment tout le temps avec la mort. (...) J'y pense tout le temps quoi, j'y pense tout le temps. Je pense souvent à ma propre mort, je pense aux malades enfin, bon, malgré tout, psychologiquement, c'est pas facile. (...) Il y a des fois, j'ai envie de dire "Bah, merde, qu'est-ce que je fais là-dedans." » (Danièle, aide-soignante)

La présentation courante du travail soignant en soins palliatifs met l'accent sur ces difficultés morales et relationnelles (plus valorisantes) et amène souvent à occulter son caractère physique extrêmement contraignant. Ainsi, la dimension du « sale boulot » inhérente à l'activité auprès de malades en fin de vie, composante pourtant essentielle de la

pénibilité de ce travail, est généralement passée sous silence ou éludée¹. Or, l'observation montre que cet aspect de l'activité peut aussi venir susciter ou amplifier la souffrance et les émotions des infirmières et des aides-soignantes :

« J'ai le souvenir d'un monsieur, il faisait une hémorragie, il était à l'agonie. On ne pouvait que comprimer quoi, enfin ça saignait (), on était 2 ou 3 à retenir l'hémorragie. Et puis on attendait que la famille arrive. Tu vois, c'est difficile d'agoniser comme ça. Tu perds ton sang, t'agonises, t'attends que la vie parte » (Murielle, aide-soignante)

Au-delà du caractère angoissant que ce type de situation ne manque pas de susciter chez les patients comme chez les soignants, le sentiment de dégoût est aussi présent dans l'exercice infirmier en soins palliatifs. La dimension plus technique de leur travail les confronterait paradoxalement plus directement que les aides-soignantes à ce qui répugne et à ce qui dégoûte. La réalisation d'un pansement les oblige par exemple à se confronter plus directement à la dégradation des corps (fistule ou encore travail sur un cancer ORL qui implique de soigner un patient complètement défiguré par la maladie) ou à la souillure (évacuation manuelle des selles). Ici, le contrôle sur ses propres émotions prend la forme d'une dissimulation et vise surtout à ne pas susciter d'émotions négatives chez le malade. Comme le suggère D. Memmi, la neutralisation professionnelle du dégoût est moins une insensibilisation qu'une accoutumance qui n'est jamais tout à fait complète et acquise. Par ailleurs, le dégoût sera d'autant plus vivement ressenti qu'il se doit d'être occulté par ces professionnelles (Memmi, 2011).

Les écrits sur le stress et l'épuisement professionnel en soins palliatifs sont assez explicites concernant les difficultés et les exigences relationnelles qu'engendre la confrontation à la souffrance et à la mort. En développant les mécanismes d'identification, de projection, d'angoisse, ou de culpabilité liée à la prise en charge des malades en fin de vie, ces analyses psychologiques ou psychanalytiques permettent non seulement de mettre en garde les soignantes contre les risques de dérive

1. Si cet aspect de la pénibilité du travail est faiblement verbalisé (lors des entretiens), il est aussi particulièrement peu présent dans les publications ou les manuels de soins palliatifs.

possibles (Feldman-Desrousseaux, 2001), mais viennent également souligner en creux la nécessaire professionnalisation de la relation à l'approche de la mort. Comme pour de nombreux métiers relationnels où la subjectivité des protagonistes peut être sollicitée (surveillants de prison, prostituées...), la « bonne distance » devient une composante essentielle du travail et entre dans l'ordre des compétences requises aussi bien pour les infirmières que pour les aides-soignantes. Travailler en contact direct avec des personnes (*a fortiori* lorsqu'il s'agit de souffrance et de mort) suppose d'établir une certaine distance affective, une protection intellectuelle et émotive, indispensable pour bien accomplir sa tâche.

On insiste ainsi sur la nécessité « d'avoir un équilibre à l'extérieur » de l'unité, de « savoir comment se ressourcer ». L'équilibre des soignantes ne pourrait être préservé que par l'établissement d'une frontière stricte entre temps de travail et de non-travail. Il s'agit pour chacun de créer et d'entretenir constamment un mode de vie fondé sur l'existence de deux univers distincts. Cette séparation entre vie privée et vie professionnelle est posée comme une condition impérative du travail en soins palliatifs et constitue d'ailleurs l'un des critères de sélection des soignantes à l'entrée de l'unité : il importe avant tout d'être capable de préserver son rôle et son identité professionnelle. De même, il faut veiller à maintenir une frontière symbolique entre soignants et soignés, qui devra cependant rester invisible pour ces derniers.

Travailler en soins palliatifs nécessiterait ainsi une parfaite connaissance des frontières et des limites du rôle soignant, connaissance qui ne s'acquiert souvent que douloureusement, à travers l'expérience éprouvante de la « perte » des limites.

Une aide-soignante raconte ainsi la mort d'un très jeune patient sidéen resté huit mois dans l'unité :

« Ça a été très dur. C'est voir un enfant mourir quoi... j'ai pu évacuer tu vois, j'ai pleuré. De toute façon, j'étais pas la seule. On a pu en discuter... J'ai dû pleurer, mais je me suis cachée quand même... » (Danièle, aide-soignante)

Ainsi, une implication « excessive » dans l'accompagnement du patient peut être la source d'émotions difficiles à contenir ou à maîtriser.

À l'inverse, une implication jugée « insuffisante » par les soignantes peut aussi être une source de perturbation de l'ordre émotionnel dans l'équipe :

« Il y avait une dame, c'était au moment des fêtes de fin d'année. Et elle avait perdu son mari aussi. Et elle avait une fille de 18 ans et elle avait des jumeaux de 16 ans. Je me rappelle, il y avait de la neige (). J'étais de l'après-midi, elle était fatiguée, elle s'est couchée, sa fille avait téléphoné et puis comme elle était fatiguée, moi j'étais passée plusieurs fois, mais sans vraiment rentrer dans la chambre. Comme les portes sont ouvertes, je rentrais un petit peu et je disais, tiens elle dort toujours, elle dort toujours. Et après quand même, je me dis je vais voir de plus près, puis en fin de compte, elle était décédée. Et ça, enfin j'étais pas la seule à l'avoir mal vécu. Enfin, disons que les personnes qui étaient là cet après-midi-là, on l'a vraiment très mal vécu parce que quelque part on se disait qu'on n'avait pas été assez attentives. De l'avoir trouvée comme ça, morte seule dans son lit. Et c'est vrai qu'on n'était pas trop fières de nous parce qu'il fallait qu'on prévienne sa fille qui avait 18 ans et qui avait en charge son frère et sa sœur (). On n'était pas très à l'aise. Et quelque part, c'est vrai qu'on s'est senti coupables. » (Colette, aide-soignante)

Ce récit d'accompagnement « raté » montre bien la nécessité pour les soignantes (ici une aide-soignante et deux infirmières) de s'impliquer de manière constante et de manière suffisamment professionnelle. Tout manque du collectif, toute défection, même provisoire, peut être particulièrement mal ressenti par l'équipe si elle survient à un moment critique. En d'autres termes, il n'y a pas ici de conformisme de façade, on ne peut pas parler d'un « travail émotionnel en surface », mais bien d'un « travail émotionnel en profondeur » pour reprendre la distinction d'A. Hochschild (2003).

2. UNE RÉGULATION DES ÉMOTIONS QUI MOBILISENT L'ORGANISATION ET LES COLLECTIFS DE TRAVAIL

La création des unités de soins palliatifs s'est accompagnée de modalités particulières d'organisation qui ont permis d'établir une régulation des émotions des patients et des professionnels, mais aussi de faire face à la pénibilité du travail. Les équipes de soins palliatifs

peuvent être envisagées comme des lieux de contrôle des émotions qui reposent sur un modèle spécifique de gestion du mourir. Infirmières et aides-soignantes disposent ainsi de ressources organisationnelles, cognitives et idéologiques qui leur permettent d'agir.

2.1 Médiation du collectif et partage social des émotions

Ce cadre d'organisation souligne l'importance du collectif dans les capacités de chaque professionnel à pouvoir « faire face ». Le travail de mise à distance des patients n'est pas seulement affaire de compétences relationnelles individuelles que les acteurs professionnels devraient maîtriser : il peut aussi prendre une tournure plus collective et se concrétiser par la mise en place d'une séparation ou d'une frontière symbolique entre les malades et les membres du personnel.

Dans cette perspective, l'équipe représente un moyen efficace de défense de l'individu pour assumer les difficultés liées à la prise en charge des patients mourants : affronter la souffrance relève alors d'une démarche collective, médiatisée par le groupe. Les pratiques de désinvestissement personnel constituent une forme organisée d'évitement des malades, particulièrement courante dans les unités de soins palliatifs. L'équipe apparaît alors comme un support et un instrument de la « bonne distance » pour le soignant. Celui-ci peut en effet « passer la main », se reposer sur le groupe pour ne pas faire face à son engagement auprès d'un patient quand cela devient « trop dur ». L'équipe apparaît alors comme une protection, un « rempart » contre une implication personnelle excessive. Le groupe permet de faire écran entre soi et le patient pour contrôler et cacher ses émotions : les pairs sont en quelque sorte utilisés comme « bouclier » (Drulhe, 2000).

L'organisation des soins en binôme (qui permet un travail simultané et conjoint au chevet du malade) offre également aux infirmières et aux aides-soignantes une possibilité de soutien réciproque pour affronter certaines charges émotionnelles difficiles liées aux soins ou aux échanges avec certains mourants, permettant ainsi de diminuer leur implication émotionnelle et d'éviter un engagement personnel trop poussé.

Dans certaines circonstances, le groupe peut directement intervenir pour limiter l'engagement personnel et l'investissement affectif de l'un de ses membres. L'équipe apparaît comme une instance visant à limiter les « débordements » individuels dans la relation aux malades.

Les collègues jouent alors le rôle de garde-fous, rappelant à tout instant les risques encourus par le soignant qui « transgresse les règles des usages affectifs ».

Le travail émotionnel en soins palliatifs ne relève donc pas exclusivement des relations avec les malades ou d'un travail sur soi : il est constamment à l'œuvre dans les relations avec les autres membres de l'équipe. La multiplication des réunions (transmissions entre équipes, groupe de travail, groupe de parole) où se rassemblent les soignants représente à cet égard une manière évidente de se séparer et de se distinguer des malades². Elle favorise aussi, à travers la construction d'un savoir collectif sur les patients, la possibilité de « mettre à distance » ce qui a été vécu avec le malade. En confiant aux membres de l'équipe la singularité des échanges avec le patient, le soignant réintroduit le collectif dans sa relation au malade mourant. Ce travail en réseau permet à chacun de se sentir plus autonome vis-à-vis des patients en évitant de nouer avec eux des rapports trop intimes ou profanes. Ainsi, l'équipe dilue les responsabilités et favorise la diminution de l'investissement personnel et émotionnel.

Si socialement et professionnellement, il ne paraît pas envisageable de laisser libre cours à certaines émotions devant les malades ou leurs familles, en revanche, des lieux appropriés autorisent leur expression. Les groupes de parole constituent ainsi des espaces sociaux où chaque membre de l'équipe peut libérer ses sentiments, ce qui serait difficilement concevable dans les conditions ordinaires de travail. Ces groupes de parole ont été mis en place dans certains services³ dans les années 1980 et ont systématiquement accompagné la création des unités de soins palliatifs⁴ en France. Les réunions hebdomadaires réunissent toutes les catégories de personnel travaillant dans l'unité avec un psychologue ou un psychanalyste, sans pour autant être un groupe thérapeutique ou analytique. Ces dispositifs encouragent une libre

2. De même que les salles de réunions, le poste de soin, les lieux de repos, l'office, les vestiaires constituent des espaces intermédiaires, à part et réservés au personnel. L'espace, mais aussi le temps (périodes de formation, souplesse des prises de congés) apparaissent ainsi comme des éléments particulièrement structurants du système de protection symbolique.

3. En particulier les services d'hématologie, de pédiatrie, de gérontologie et de maladies infectieuses.

4. La circulaire ministérielle du 26 août 1986 relative aux soins palliatifs en recommandait la création de manière explicite.

expression de sentiments qui ne pourraient pas ouvertement se vivre ailleurs. Lieux de partage des émotions, les groupes de parole témoignent de la « culture affective » qui traverse les soins palliatifs. Ils traduisent ainsi une reconnaissance explicite et officielle de la dimension centrale du travail émotionnel dans l'activité soignante et permettent une gestion collective des sentiments.

Ces réunions constituent des espaces où l'on suspend la nécessaire maîtrise de soi face au malade et la dissimulation des émotions. L'intensité des affects peut s'extérioriser de manière légitime dans un cadre organisé et formalisé⁵. Se met ainsi en place sur un double plan individuel et collectif une « libération contrôlée des émotions » dans un espace-temps limité. L'expression ouverte des sentiments permet une régulation des tensions inhérentes au travail dans l'unité, ce qui favorise la maîtrise de certaines situations critiques. Ainsi parler des émotions revient à parler du travail, à remettre en question les pratiques, à analyser les rapports aux patients et aux collègues. La mise en commun des émotions participe d'un processus permettant d'appréhender une expérience socialement partagée. Ce partage social des émotions est un élément caractéristique de la professionnalité en soins palliatifs, c'est une dimension importante de la socialisation émotionnelle des infirmières et des aides-soignantes qui intègrent ce milieu.

Ces mises en forme collectives et ritualisées des émotions représentent également pour les soignants un moyen d'entrer en communication avec les collègues. Le partage de la souffrance devient un dénominateur commun à travers lequel on reconnaît les pairs, et à travers eux, soi-même ; on éprouve ainsi le besoin d'écouter en écho sa propre souffrance.

La subjectivité des travailleurs est ici explicitement prise en compte et travaillée par le collectif. On peut y parler de l'extrême difficulté à affronter certaines situations, expliquer comment on a pu être profondément ébranlé ou bouleversé par le caractère dramatique d'une fin de vie :

5. David Le Breton évoque d'autres dispositifs qui, dans la société, exercent la même fonction de « libre expression des émotions » : la cure psychothérapeutique, le psychodrame, la thérapie corporelle, les représentations théâtrales, les manifestations politiques, les stades sportifs (Le Breton, 1998).

« Il fonctionne plutôt pour parler des cas difficiles, des cas qui nous ont posé problème, aussi bien psychologiquement que techniquement. Pour dire que la mort de Monsieur ou Madame untel a été difficile, pour exprimer un petit peu ce qui a été difficile, pour libérer les émotions. » « On est là pour s'exprimer chacun, pour écouter les autres et s'exprimer, parler de son travail, des patients, des choses qui nous ont marqué, des choses qui ont été difficiles à vivre. » (Hélène, infirmière)

« L'avantage, c'est qu'ici il y a un groupe de parole et justement, quand ça devient difficile et lourd, il y a un lieu pour déposer tout ça. » (Juliette, infirmière)

« Pour moi, c'est important que les gens puissent effectivement s'exprimer dans un groupe de leurs difficultés. Le rôle du groupe de parole, c'est justement de permettre aux soignants de pouvoir faire part de leurs difficultés, de les analyser, de les dépasser. C'est pas quelque chose d'obligatoire, mais il faut quand même à mon avis, à un moment ou à un autre, déposer ce qu'on vit de difficile dans un endroit. » (Irène, infirmière)

Pour autant, toutes les soignantes ne partagent pas toutes la même envie de participer à ces groupes de parole. Si les infirmières rencontrées valorisent ces espaces de parole et d'expression des émotions, plusieurs aides-soignantes se montrent plus réticentes, évoquant parfois leurs difficultés face à ce type de discussion :

« Je trouve qu'on a suffisamment de temps de parole (...). J'y suis allée au début, à partir du moment où j'allais dans un endroit en me posant des questions et en n'ayant pas seulement la réponse aux questions que je me suis posées en rentrant, et en m'en posant encore davantage en sortant, je considère que ça ne sert à rien. Voilà. Mais je peux concevoir que ça apporte aux autres. » (Françoise, aide-soignante)

Pour les aides-soignantes, plus que pour les infirmières, la gestion et le partage des émotions ne passent pas nécessairement par ces groupes de parole : les discussions informelles, le travail en binôme, les réunions de transmission constituent des lieux privilégiés de socialisation et de partage collectif des émotions pour cette catégorie de personnels.

2.2 Émotions, routines relationnelles et compétences de service

L'observation du travail des paramédicaux montre que le recours à des comportements stéréotypés, à des procédures routinières, constitue des ressources importantes pour affronter les situations de fin de vie ou d'agonie (qui laissent souvent la plupart des proches démunis⁶). L'acquisition de toute une série de schémas de comportements constitue autant de normes implicites et de modèles d'action qui permettent de rester opérationnels. Être un bon professionnel en soin palliatif, c'est être capable de mobiliser un certain nombre de procédés, de savoir-faire très routiniers qui permettent d'adopter une attitude plus ou moins mécanique ou stéréotypée face au patient : toutes les interactions banales (parler de la douleur du patient, d'une visite), les gestes (prendre la main du malade, s'asseoir sur son lit, vérifier la perfusion), les techniques relationnelles (reformulation au patient des questions qu'il adresse aux soignants), techniques de communication (toucher), normes dans la relation au patient ou à la famille (ne pas donner de pronostic, consignes sur la manière dont la famille doit se comporter face au mourant...). On observe ainsi des modalités spécifiques de maîtrise des émotions qui s'incarnent dans les interactions quotidiennes et qui permettent de continuer à agir dans l'épreuve.

La socialisation des professionnels et soignants au moment de leur intégration dans les soins palliatifs constitue du même coup un moment clé de ce processus d'intériorisation de pratiques comportementales, de règles de travail et de modes d'action qui permettent constamment de s'ajuster aux situations difficiles ou ordinaires de la gestion de ces fins de vie.

La gestion des affects et des émotions s'effectue de manière différente en fonction des catégories de personnel (Castra, 2003). Si les médecins valorisent plutôt l'utilisation de concepts psychanalytiques dans l'analyse de leur relation auprès des patients, les catégories soignantes mettent davantage l'accent sur une double compétence qui découle, d'une part, d'un savoir pratique commun tiré de l'expérience et, d'autre part, de la maîtrise des techniques relationnelles. L'une de

6. Norbert Elias évoque notamment la difficulté et la gêne singulière que les vivants éprouvent auprès des mourants (Elias, 1987, p. 37-38).

ces techniques les plus employées en soins palliatifs, la relation d'aide, permet de créer une relation plus impersonnelle (et donc protectrice pour la soignante) dans la mesure où il s'agit d'observer une attitude de neutralité et une absence de jugement ou d'implication personnelle en reformulant les propos du malade et en lui renvoyant sans cesse ses propres questions. On cherche à humaniser la relation au mourant par l'aménagement d'un espace relationnel qui permet aux infirmières et aux aides-soignantes une moindre implication dans les face-à-face avec les patients. Travailler à l'approche de la mort nécessiterait ainsi la maîtrise de savoir-faire et de compétences relationnelles particulières. L'expertise soignante deviendrait une expertise relationnelle fondée sur l'expérience et l'utilisation de techniques permettant un détachement et un meilleur contrôle de ses affects. La relation au mourant et le travail sur les émotions sont ainsi envisagés sous un angle plus « spécialisé ».

Il existe cependant des différences importantes entre infirmières et aides-soignantes dans la capacité à recourir à la technique de la relation d'aide et, plus largement, à pouvoir parler de l'évolution de la maladie et de la proximité de la mort. Les aides-soignantes, moins formées que les infirmières, se montrent en effet plus souvent réticentes à s'engager dans ce travail sur les émotions du malade :

« Ce qui est difficile pour moi en ce moment, c'est quand les malades commencent à aborder leur maladie et leurs craintes. J'ai pas encore les mots qu'il faut pour suivre la conversation, pour engager la conversation. Je ne me sens pas encore assez forte de ce côté-là. » (Françoise, aide-soignante)

Cette moindre capacité à s'engager dans un registre plus sensible auprès du patient peut être rapportée à une mobilisation plus rare de la psychologie et des différentes techniques relationnelles dans la pratique des aides-soignantes. Loin d'être un processus qui affecterait d'une manière identique l'ensemble des professionnels, on comprend que les ressources psychologiques et les techniques relationnelles sont inégalement distribuées et à l'origine de stratégies distinctives au sein du milieu palliatif.

3. UN CADRE D'INTERPRÉTATION : RÉPERTOIRE ÉMOTIONNEL ET TRAVAIL SUR LES ÉMOTIONS

L'existence d'une conception normative de la fin de vie trouve sa traduction dans l'utilisation d'une rhétorique psychologisante qui vient qualifier les attitudes et les émotions des patients. Un certain nombre de catégories interprétatives sont très régulièrement utilisées en soins palliatifs et sont directement inspirées des travaux de Kubler-Ross (comme la « révolte », le « déni », le « semi-déni », l'« ambivalence »). Elles permettent d'étiqueter les patients qui « cheminent » ou au contraire qui ont un comportement qui n'est pas conforme à cet idéal. On se situe toujours par rapport à la représentation d'une attitude émotionnelle acceptable ou idéale. Ce schéma-type vient expliquer ou donner un sens aux attitudes et aux émotions. Celles-ci sont interprétées comme un indicateur du cheminement du patient par rapport à la fin de vie ou à la mort auquel les infirmières et les aides-soignantes sont attentives. Cette grille de lecture du processus du mourir peut-être très sécurisante pour comprendre et s'adapter aux situations émotionnelles et aux comportements des patients qui peuvent être parfois très dérangeants ou perturbateurs pour le collectif de travail⁷.

Ce travail d'interprétation de la réalité se réalise notamment lors des réunions de transmission, mais aussi lors des groupes de parole. Il s'agit alors d'« arranger » une réalité trop perturbatrice et de proposer derrière l'évènement manifeste une explication plus conforme aux attentes de chacun et plus acceptable. Chaque revirement de comportement ou d'attitude devient alors une phase ou une étape « normale » de la trajectoire de fin de vie. *A contrario*, dans certains cas assez rares mais révélateurs des normes émotionnelles en vigueur dans ce type d'unité, c'est justement l'absence d'émotion qui va être vécue par les soignantes comme une difficulté ou comme une anomalie.

Ce travail interprétatif est aussi une modalité de travail sur l'expérience des patients : on a là un instrument qui va être utilisé pour produire

7. Des patients complètement repliés sur eux-mêmes ou qui manifestent une colère violente envers le personnel sont des situations qui peuvent être mal ressenties par le personnel. De même, une personne qui meurt seule, en dehors de la présence de la famille, peut correspondre à un accompagnement manqué. On interprétera cette situation en « expliquant » que le malade a volontairement choisi cet instant pour se laisser mourir seul afin de préserver ses proches.

un travail sur les émotions (où le malade est incité à se confier et à exprimer ses sentiments), sur la biographie (on va inviter le malade à parler de son histoire), mais aussi travailler son rapport à la maladie et à la mort.

Le travail sur les émotions du patient est au cœur du travail (contrairement à ce qu'on observe dans d'autres secteurs de la médecine) mené par les infirmières et les aides-soignantes. Mais ce qui évolue en profondeur avec les soins palliatifs, ce sont les émotions attendues de la part des malades. Dans les années 1980-1990, A. De Swaan (1990) montrait l'importance du contrôle des émotions dans un service de cancérologie (où il ne faut pas manifester d'inquiétude, montrer sa confiance dans le processus de guérison). Cette attitude est assez caractéristique du contrôle social sur les émotions (et par les émotions) qu'on retrouve dans les services de cancérologie, notamment. En soins palliatifs, l'incitation des professionnels est toute autre. On ne cherche plus à contenir les émotions du patient, mais à les susciter ou à les laisser s'exprimer. Le malade est constamment invité à exprimer ses émotions. En même temps, il faut que ce travail émotionnel n'apparaisse pas comme un travail pour le malade, mais comme une parenthèse dans le travail de soin.

On observe ainsi une évolution radicale dans le travail émotionnel prescrit (Jeantet, 2003). Les émotions ne sont plus réprimées comme elles pouvaient l'être dans d'autres contextes de soins, mais elles sont au contraire recherchées, voire attendues par le collectif de travail. Le travail émotionnel (s'il est en partie dissimulé) représente pour ces soignantes une manière de valoriser son activité, mais aussi une part importante de l'activité menée auprès des patients et des échanges formels ou informels dans l'équipe. On ne travaille pas uniquement sur des corps particulièrement dégradés, sur ce qui peut être dégoûtant et repoussant, mais sur les émotions elles-mêmes. Ce travail émotionnel représente une part importante (mais non exclusive) du « vrai boulot » (Bidet, 2011) et constitue aussi une façon de se positionner en spécialiste de la relation.

CONCLUSION

Les soins palliatifs représentent un modèle spécifique de régulation des émotions qui cherche à éviter toute neutralité affective et tend à se démarquer de la norme émotionnelle qui peut prévaloir dans certains services hospitaliers. Comme A. Hochschild (2003) le suggérait, les émotions et les sentiments sont façonnés par des règles sociales. Celles-ci ne sont pas sans conséquences sur le travail des soignantes en soins palliatifs.

Les équipes de soins palliatifs constituent, comme on l'a vu, un lieu privilégié de prise en compte des émotions et de la souffrance des aides-soignantes et des infirmières. Si ces difficultés sont mieux reconnues, rehaussant ainsi leur statut, les paramédicaux n'y font pas face de manière identique. Les différences entre infirmières et aides-soignantes concernant le travail émotionnel sont bien réelles, malgré une forte dimension collective dans la gestion des émotions, accentuée par la proximité entre ces deux catégories professionnelles qui, le plus souvent, interviennent simultanément auprès du patient.

Dans le contexte des soins palliatifs, les relations affectives avec le malade ne peuvent plus être « présentées par les aides-soignantes comme leur monopole, traduit en termes de compétence relationnelle exclusive » (Arborio, 2012). Si les infirmières occupent une position plus favorable dans la division sociale du travail émotionnel (usage plus fréquent de la relation d'aide, plus grande présence dans les groupes de parole...), les aides-soignantes investissent différemment ce domaine. Ces dernières privilégient une approche moins « technique » de la relation, ce qui peut être rapporté au déficit de formation (initiale et continue) de ces professionnelles dans le domaine de la relation au malade. On peut également y voir une familiarisation sans doute moins importante avec l'approche psychologique dont les infirmières sont plus proches. Pour ces aides-soignantes, les compétences relationnelles et l'apprentissage du travail émotionnel se fondent avant tout sur l'expérience, de sorte que l'appropriation de savoir-être liés aux malades en fin de vie relève, plus que pour d'autres, d'un processus collectif. Moins souvent formées aux différentes techniques relationnelles, moins impliquées dans les approches psychologiques, c'est davantage par la pratique que les aides-soignantes parviennent à acquérir ces compétences. Les réunions de transmission, les groupes de parole, mais aussi les séquences de travail en binôme (avec une infirmière) auprès du malade, sont autant

de situations et de lieux favorisant un apprentissage « sur le tas ». Plus que pour les infirmières, le travail émotionnel des aides-soignantes et leur degré d'engagement dans la relation dépendent de leurs ressources personnelles, mais aussi de leur capacité à tirer parti des ressources collectives. En ce sens, l'élaboration de compétences ou de savoir-faire dans ce domaine est très largement liée au travail collectif en équipe et à la socialisation professionnelle en soins palliatifs.

Pour les aides-soignantes, l'accompagnement des malades en fin de vie s'effectue avec un moindre recours à des interprétations psychologisantes souvent utilisées par d'autres catégories de professionnels. Moins légitimes et moins attendues dans le domaine de la relation aux malades (que se partagent largement médecins, psychologues et infirmières), les aides-soignantes se retrouvent plus fréquemment dans des attitudes de retrait ou d'évitement face aux situations difficiles. En mobilisant des registres plus profanes de la relation au malade, on peut se demander si elles ne s'efforcent pas, à leur façon, de résister à l'injonction à une certaine forme de travail émotionnel qui peut prévaloir en soins palliatifs. Ainsi, s'écarter d'une vision trop normative de la relation, faute de compétences et de ressources spécifiques, constitue pour elles, une manière de ne pas s'inscrire dans un devoir trop contraignant d'expression de soi et de ses émotions.

RÉFÉRENCES

- Arborio, A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2^e édition augmentée d'une préface (1^{re} éd. 2001).
- Bidet, A. (2011), *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot?*, Paris, Presses universitaires de France.
- Castra, M. (2003), *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Presses universitaires de France.
- Castra, M. (2013), « Travail émotionnel et compétence relationnelle en soins palliatifs », dans F. Schepens (dir.), *Le soignant et la mort*, Toulouse, Erès.
- Cosnier, J. (1993), « Les interactions en milieu soignant », dans J. Cosnier, M. Grojean, et M. Lacoste (dir.), *Soins et communication – Approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, p. 17-32.
- De Swaan, A. (1990), *The Management of Normality. Critical Essays in Health and Welfare*, London/New York, Routledge.

- Drulhe, M. (2000), «Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier», dans G. Cresson et F.-X. Schweyer (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Editions ENSP, p. 15-29.
- Elias, N. (1987), *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgois.
- Feldman-Desrousseaux, E. (2001), «Le stress des soignants», dans J. Jacquemin (dir.), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, p. 458-468.
- Herzlich, C. (1976), «Le travail de la mort», *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, n° 1, janvier-février, p. 197-217.
- Hochschild, A. (2003), «Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale», *Travailler*, n° 1, vol. 9, p. 19-49.
- Jeantet, A. (2003), «L'émotion prescrite au travail», *Travailler*, n° 1, vol. 9, p.99-112.
- Le Breton, D. (1998), *Les passions ordinaires – Anthropologie des émotions*, Paris, Armand Colin.
- Lert, F. et M.-J. Marne (1993), «Les soignants face à la mort des patients atteints du sida», *Sociologie du travail*, vol. XXXV, n° 2, p. 199-214.
- Memmi, D., G. Raveneau, et E. Taïeb (2011), «La fabrication du dégoût», *Ethnologie française*, vol. 41, n° 1, p. 5-16.
- Schepens, F. (dir.) (2013), *Le soignant et la mort*, Toulouse, Erès.

CHAPITRE NEUF

La participation des préposés aux bénéficiaires : un défi individuel, collectif et organisationnel à relever

Nathalie Jauvin (avec la collaboration d'Émilie Allaire)

Les préposés aux bénéficiaires (PaB)¹ sont au cœur des soins de santé prodigués dans les milieux hospitaliers (Bailey *et al.*, 2015 ; Kostiwa et Meeks, 2009 ; Twigg, 2000). Dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) québécois, qui accueillent principalement une clientèle de personnes âgées, ils assurent une présence continue auprès des résidents en leur procurant les soins d'hygiène, en les accompagnant pour l'alimentation, l'habillement et les déplacements. Ces soins quotidiens, bien que non spécialisés, sont essentiels au bien-être des personnes en perte d'autonomie. Or, bien qu'ils forment le groupe le plus important de travailleurs au sein de ces établissements, on leur accorde assez peu d'espace, et ce, tant au niveau des organisations qui les emploient que sur la scène publique (Bailey *et al.*, 2015). Ils sont d'ailleurs rarement considérés comme des soignants ou des travailleurs « vocationnels », mais, plus souvent, comme des travailleurs « techniques » au sein de l'hôpital (Bailey *et al.*, 2015), où ils occupent l'échelon inférieur de l'ordre hiérarchique (Arborio, 2012 ; 1995), une position qui leur confère très peu d'autonomie et qui les place par ailleurs dans l'impossibilité de progresser au sein de l'institution (Wholihan et Anderson, 2013). Les enjeux de pouvoir auxquels ils sont soumis se traduisent par un espace très mince de négociation entre eux

1. Terme utilisé au Québec, l'équivalent des « aides-soignantes » (AS), selon la dénomination française ou belge, ou des « nursing assistants », selon la dénomination américaine.

et les autres groupes, par une faible participation aux échanges au sein des équipes et aux prises de décisions (Parmelee *et al.*, 2009), voire par la mise à l'écart plus ou moins soutenue de l'équipe de soins ou par l'émergence de conflits interprofessionnels entre les préposés et les autres groupes professionnels des institutions, notamment avec le groupe des infirmières (Dahle, 2003) et par un accès limité au développement de leurs compétences (Pettersson *et al.*, 2006 ; Wholihan et Anderson, 2013).

Ce texte aborde la question des préposés aux bénéficiaires dans une perspective de santé psychologique au travail. On y propose une réflexion sur les conditions nécessaires à la mise en place d'une démarche préventive destinée à améliorer le bien-être de ces travailleurs, en prenant appui sur les connaissances théoriques actuelles, ainsi que sur les connaissances empiriques développées au cours des dernières années dans le cadre de nos activités de recherche appliquée en CHSLD.

1. ÊTRE PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES : LE TRAVAIL ET SES DÉFIS, UN BILAN DE LA LITTÉRATURE

1.1 Des conditions d'exercice de travail de plus en plus lourdes

Au sein des centres d'hébergement de soins de longue durée québécois, le travail a subi des transformations majeures au cours des vingt dernières années, et cette tendance se poursuit. Ces changements ont touché tout particulièrement deux dimensions centrales du travail des préposés aux bénéficiaires : la clientèle hébergée et l'organisation du travail. La clientèle desservie par les centres d'hébergement s'est en effet considérablement alourdie. Les personnes âgées vivant aujourd'hui de plus en plus longtemps à domicile, celles dorénavant accueillies en centre d'hébergement souffrent d'une plus grande perte d'autonomie, attribuable principalement à différents problèmes cognitifs ou à des problématiques de santé mentale (Aubry et Couturier, 2014 ; Bélanger, 1998 ; Marché Paillé, 2011) qui, par ailleurs, les rend de plus en plus susceptibles de manifester des comportements de violence physique ou verbale (Aubry, 2011 ; Aubry et Couturier, 2014a ; Bélanger, 1998). Les tâches dévolues aux préposés sont conséquemment de plus en plus lourdes, bien qu'ils soient globalement assez peu formés et outillés pour travailler auprès de ces personnes hébergées dont la

fragilité ne cesse de s'accroître (Bélanger, 1998 ; Aubry et Couturier, 2014b). À cet alourdissement de la clientèle se superpose un contexte organisationnel caractérisé par des réformes et des compressions budgétaires successives qui ont généré une intensification marquée du travail, dont une accélération de la cadence attribuable, en grande partie, à la diminution du nombre de travailleurs dédiés à accomplir les tâches prescrites. Les préposés aux bénéficiaires sont par ailleurs également de plus en plus soumis à de nouvelles logiques de soins² qui impliquent une présence plus attentive aux habitudes de vie des personnes hébergées qu'ils accompagnent, dans un contexte où, paradoxalement, ils disposent de moins de temps pour offrir les soins de qualité auxquels ils aspirent individuellement mais, aussi, collectivement (Aubry et Couturier, 2014a). Ce contexte de transformations les place de plus en plus devant une situation de « qualité empêchée » (Clot, 2010 ; Safy-Godineau, 2013) qui génère le sentiment de ne pouvoir accomplir le travail de façon satisfaisante. Ces réformes viennent par ailleurs de pair avec des compressions qui ont pour effet de réduire l'accès à des ressources de formation supplémentaire (Pettersson *et al.*, 2006) qui, pourtant, favoriseraient l'amélioration de la situation de travail de ces individus (Kostiwa et Meeks, 2009).

1.2 Des effets sur la santé

De façon générale, le milieu de la santé et des services sociaux constitue un des secteurs d'emploi où les risques pour les travailleurs sont particulièrement élevés en matière de santé psychologique au travail. Les effets du travail physiquement et psychologiquement exigeant auxquels sont exposés plusieurs de ces travailleurs du soin sont d'ailleurs de mieux en mieux documentés (Cheng *et al.*, 2000 ; Conrad et Kellar-Guenther, 2006 ; Gamassou et Moisson-Duthoit, 2012 ; Huggard *et al.*, 2011 ; Slocum-Gori *et al.*, 2013 ; Stansfeld *et al.*, 2006 ; van Vegchel *et al.*, 2004), notamment en matière d'épuisement professionnel, d'absentéisme et de roulement du personnel (Hansung, 2011). Certains groupes sont par ailleurs davantage exposés aux effets de ce travail exigeant, dont les préposés aux bénéficiaires, chez qui les problèmes de santé physique et psychologique sont de plus en plus documentés (Aubry, 2011 ; Aubry et Couturier, 2014a ; Bélanger, 1998 ;

2. L'approche dite « milieu de vie ».

Grenier, 2008 ; Zhang *et al.*, 2014). D'ailleurs, les données produites par la Commission de la santé et de la sécurité du travail québécoise (Bédard et Bélanger, 2013) démontrent clairement que, dans le réseau de la santé et des services sociaux, le groupe formé par les préposés aux bénéficiaires est celui pour lequel on rapporte le plus d'incidents indemnisés. Parmi les facteurs pouvant avoir une incidence sur la condition de ces travailleurs, notamment en termes de stress, de problèmes de sommeil ou de satisfaction au travail, soulignons que l'intensification de la charge et du rythme de travail constitue jusqu'ici un des éléments les plus documentés (Allaire, Gagnon, et Jauvin, 2015 ; Aubry et Couturier, 2014a ; Bélanger, 1998 ; Engström *et al.*, 2011).

1.3 Des facteurs de protection reconnus : l'entraide et la solidarité

Entre tous les facteurs pouvant protéger ceux qui, comme les préposés aux bénéficiaires, sont confrontés à des conditions d'exercice de travail particulièrement exigeantes, le soutien social est reconnu comme jouant un rôle particulièrement crucial (Johnson et Hall, 1988 ; van Vegchel *et al.*, 2004 ; Zapf, 2002). L'appartenance à une équipe ou à un groupe de pairs solidaire favorise l'entraide et le soutien nécessaire au maintien d'une bonne santé mentale au travail. L'existence d'un collectif de travail³ fort permet de réaliser une œuvre commune dans le respect de règles et de pratiques du métier (Alderson, 2004 ; Vézina, 2000), de se mobiliser autour d'un objectif partagé (Borzeix, Charles, et Zimmermann, 2015 ; Sainsaulieu, 2006 ; Schepens, 2015 ; Vendramin, 2004), de faire du « bon boulot » (Clot, 2010). Ce collectif de travail est d'ailleurs reconnu comme étant favorable au développement ou au maintien des conditions d'exercice du travail qui protègent l'ensemble des travailleurs. Il permet de développer une identité professionnelle (Schepens, 2015) et une représentation valorisée du métier de préposé aux bénéficiaires, autour du cœur de leur travail, défini par Aubry et Couturier (2014a) comme étant « une pratique de qualité ». Il constitue l'engrenage premier de la transmission des savoir-faire, notamment du savoir relationnel, qui s'avère essentiel pour entrer en relation de

3. Le collectif de travail constitue un groupe solidaire formé par les travailleurs pour réaliser une œuvre commune dans le respect des règles et des pratiques du métier, du « bon boulot » (Alderson, 2004 ; Vézina, 2000 ; Clot, 2010).

proximité, voire d'intimité, avec les personnes hébergées. Il peut avant tout permettre aux préposés de se solidariser et de construire collectivement des normes et des stratégies afin de faire face, ensemble, aux exigences du métier et aux difficultés rencontrées et aux contradictions organisationnelles (Aubry, 2011 : 222) et d'affronter ainsi les difficultés imposées par l'administration hospitalière (Sainsaulieu, 2006). Or, les connaissances actuelles nous indiquent que, contrairement à d'autres métiers, les préposés aux bénéficiaires québécois ne semblent pas bénéficier d'un collectif de travail fort, au contraire (Allaire, Gagnon, et Jauvin, 2015 ; Aubry et Couturier, 2014b ; Aubry et Couturier, 2014a).

2. AU CŒUR DE LA RÉALITÉ DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES QUÉBÉCOIS : L'ENJEU DE LA PARTICIPATION

Au cours des cinq dernières années, dans le cadre de nos activités de recherche⁴, nous avons plusieurs fois eu l'occasion d'interroger ou d'entendre des acteurs du milieu des CHSLD de la région de Québec, essentiellement des préposés ainsi que des personnels d'encadrement. Chacun de ces moments fut l'occasion de mieux comprendre les enjeux centraux du travail de préposés et, notamment, de mieux saisir la place qu'occupent ces travailleurs au sein de leur institution. Notre intention globale est, ultimement, de mieux cerner la situation de travail de ces PaB, sur un plan individuel, collectif et organisationnel, afin d'identifier de premières pistes d'action visant à leur permettre des conditions propices à une expérience de travail plus positive. Et ce, dans la perspective de développer, sous peu, un projet d'intervention participative visant à mettre en place des actions préventives organisationnelles destinées aux préposés aux bénéficiaires.

Les données exploratoires colligées jusqu'ici auprès de ces acteurs de CHSLD ont été triangulées afin de faire émerger une analyse synthèse de laquelle ont été retenus ici les éléments les plus fondamentaux et, ultimement, l'élément central dégagé de l'analyse : les enjeux relatifs

4. Ces activités regroupent principalement : trois entretiens de groupe réunissant 23 préposés, des entretiens exploratoires individuels auprès de préposées (16) et de chefs d'unité (7), la collaboration à des activités d'évaluation de formation et la participation à l'élaboration d'un symposium thématique sollicitant des représentants des préposées et des personnes qui les encadrent.

à la participation des préposés aux bénéficiaires. Globalement, ces enjeux illustrent bien les tensions individuelles, organisationnelles et collectives qui sont inhérentes au métier de préposé aux bénéficiaires et qui font en sorte que, pour plusieurs, il est source de souffrance. L'identification de ces enjeux ouvre donc aussi à la voie à une réflexion essentielle sur les modalités à envisager pour offrir aux préposés aux bénéficiaires un contexte de travail favorisant leur bien-être et sur les conditions essentielles pour y parvenir.

Sur un plan individuel, d'abord, les préposés ont largement témoigné du sentiment de ne pas se sentir reconnus, ni par l'institution ni par la société, d'être invisibles, de ne pas être considérés à leur juste valeur. Ils occupent ainsi très peu l'espace public et lorsqu'on parle d'eux dans les médias, c'est pour rapporter une situation malheureuse qui est loin de les mettre en valeur. Bien que moins scolarisés que les autres soignants de leurs institutions, ils détiennent toutefois un ensemble de connaissances tacites – fondamentales aux soins qu'ils ont à prodiguer –, mais ces connaissances sont fort peu reconnues, sinon par leur propre groupe. C'est justement dans le soin qu'ils offrent qu'ils trouvent globalement, sur une base individuelle, du sens à leur travail, plus particulièrement dans le sentiment de « faire la différence » dans la vie des personnes hébergées. Toutefois, bien que la relation et les soins qu'ils prodiguent soient au cœur de leur travail, ils partagent aussi un fort sentiment du devoir non accompli, de « qualité empêchée », attribuable au manque de temps et de ressources dont ils disposent pour accomplir un travail de qualité. Les témoignages font en effet émerger une source de tension importante entre le sens du travail et la réalité objective de travail, dictée par les conditions de l'organisation du travail, entre la nécessité de prodiguer des soins de qualité qui respectent une approche de type « milieu de vie » et la cadence imposée par un contexte d'intensification du travail. Cette souffrance individuelle est partagée collectivement, mais les préposés ont le sentiment d'avoir peu de moyens pour y remédier et n'ont pas pour la plupart tendance à vouloir s'investir pour faire changer les choses.

Quant aux dimensions collectives dégagées des témoignages recueillis auprès des cadres, mais aussi auprès des personnes chargées de leur encadrement, elles se déclinent en deux sous-catégories : 1) celles qui sont relatives aux rapports avec les autres groupes professionnels qui appartiennent aux équipes de travail (ex. : infirmières et

infirmières auxiliaires) et 2) celles qui touchent plus spécifiquement le collectif de PaB. D'abord, pour ce qui est des rapports avec les autres groupes de soignants (1), les préposés sont, dans la plupart des équipes, assez largement éloignés des zones de pouvoir de l'institution. Les travailleurs rencontrés ont largement témoigné de leur sentiment d'invisibilité (« être dans l'ombre »), du fait de ne pas avoir d'espace pour s'exprimer (« nous sommes les yeux et les oreilles des résidents... mais pas leur bouche »), du sentiment de ne pas faire partie du groupe des « soignants », du manque de considération ressenti et du manque d'espace de parole qui touche le collectif des PAB mais, aussi, de la rencontre difficile entre les autres professionnels de l'institution et les personnes en autorité, qui est non seulement rapportée par la majorité des PaB mais aussi, assez largement, par les personnes qui les encadrent. Plusieurs préposés ont en effet témoigné de ce sentiment de ne pas être considérés à leur juste valeur, d'être invisibles par rapport aux autres professions de soignants qui serait à leur avis lié à l'image que les professionnels se font du métier de PaB, qui feraient des tâches dégradantes et non qualifiées. L'absence de sollicitation à participer aux activités de l'institution place les PaB dans une position où ils se sentent mis à part du groupe formé par le personnel soignant. La situation n'est toutefois pas uniforme et, comme en témoignent des participants aux entrevues, certaines équipes manifestent davantage de cohésion et intègrent les préposés dans l'ensemble de leurs activités. Cette intégration à l'équipe serait rendue possible, selon les témoignages, par un style de gestion moins hiérarchique de certains supérieurs, responsables des équipes. Cette gestion moins hiérarchisée permettrait à chaque employé d'être reconnu à sa juste valeur, ce qui favorise l'entraide et une meilleure intégration des nouveaux employés.

Le manque de solidarité entre les préposés (2), au sein du collectif de PaB et, conséquemment, le manque de participation assez généralisé de ces travailleurs aux activités qui leur sont proposées, constitue un autre élément marquant qui a émergé de nos analyses. Les préposés participent notamment fort peu aux activités syndicales, malgré les efforts des représentants syndicaux pour tenter d'aller stimuler leur engagement. Ils ne profitent pas non plus beaucoup de la présence d'un groupe de pairs mis sur pied par l'administration, justement, pour entendre leur point de vue et favoriser leur participation, et ce, malgré l'investissement de certains collègues qui participent à ce comité afin de donner au collectif un espace non occupé jusqu'ici. De fait, l'absence

d'un collectif uni et fort – au profit des individualités ou de petits collectifs – traverse l'ensemble de l'analyse, ce qui se traduit notamment, pour certains, par un manque d'empathie entre préposés, par la présence de confrontation et de compétition entre certains groupes (secteurs, horaires de travail, etc.), par un clivage entre les générations et par le manque assez partagé de sentiment d'appartenance au groupe qui se manifeste très souvent sous la forme d'un repli sur soi ou d'une individualisation importante du travail aux dépens de la force collective. Ces lacunes génèrent notamment de l'insatisfaction du travail de certains collègues, des tensions culturelles avec des collègues immigrants, la division des équipes et la création de «clans», la difficulté pour les nouveaux employés de s'intégrer, le manque de participation aux activités et le repli sur soi. Ce manque de solidarité affecte les préposés sur une base individuelle, en ne leur permettant pas, par exemple, de bénéficier du nécessaire soutien tant sur le plan émotionnel qu'instrumental. Mais il affecte également le groupe de pairs dans son entier, car il empêche une réelle participation aux échanges avec les autres groupes de soignants et avec la hiérarchie, ce qui ne peut qu'affaiblir l'espace que le collectif occupe au sein de l'institution.

Enfin, sur un plan plus spécifiquement organisationnel, c'est au niveau de la hiérarchie institutionnelle qu'ont été dégagés de l'analyse des éléments qui contraignent la participation à la vie de l'institution : la forte hiérarchisation de l'établissement de soins, l'éloignement de la haute gestion, l'instabilité des équipes de travail, la présence d'une communication essentiellement verticale et la faible consultation des préposés, et ce, pour l'ensemble des processus et des protocoles de l'établissement. Sur le plan structurel de l'organisation des soins, les préposés figurent ainsi sans contredit parmi les personnels les plus éloignés des structures décisionnelles. Ils disposent en effet de peu de moyens ou de tribunes pour être consultés sur des questions qui, pourtant estiment-ils, les concernent ou, à tout le moins, pour exprimer leurs doléances. Toutefois, l'organisation a mis sur pied depuis plusieurs années un comité de pairs qui permet à plusieurs préposés de représenter leurs collègues afin de discuter des enjeux qui les concernent et de les présenter aux personnes qui les encadrent. Il s'agit d'une innovation globalement appréciée, quoique encore peu connue et utilisée par les préposés eux-mêmes. Certaines équipes fonctionnent également différemment et certains chefs d'unité instaurent des processus plus participatifs, invitent les préposés aux réunions d'équipe et les impliquent

davantage dans les processus administratifs. D'ailleurs, l'analyse des entrevues réalisées auprès des personnes en situation de gestion a fait émerger un élément particulièrement crucial qu'il importe de souligner : ces supérieurs immédiats forment spontanément deux groupes distincts, qui se rallient autour de deux visions fort différentes du rôle des préposés aux bénéficiaires. Une première vision, plus proche de celle des préposés et qui est donc essentiellement cohérente avec les témoignages de ceux-ci, et une seconde vision, plutôt caractérisée par une logique plus « gestionnaire » du travail, plus hiérarchique aussi, qui ne va donc pas dans le sens des propos recueillis chez les PaB. L'expression de cette dualité dans les propos recueillis chez ces chefs a aussi trouvé son écho chez les préposés qui décrivent des situations de gestion directe qui varient grandement selon la vision des personnes qui les encadrent. Prendre connaissance de cette dualité est crucial, notamment dans la perspective où des transformations sont envisagées, puisque ce sont ces cadres qui seront plus tard appelés à faire vivre ces changements qui impliquent une plus grande participation des préposés dans la vie de l'institution. Sans l'appui de certains, un réel changement risque d'être compromis.

3. REMETTRE LA PARTICIPATION AU CŒUR DU DÉBAT : PRENDRE SA PLACE POUR FAIRE LA DIFFÉRENCE, ENSEMBLE

Les préposés se sentent invisibles, globalement exclus des espaces des lieux de parole et de décision. Exclus parce que la structure et les autres professionnels leur laissent peu de place, peu entendus aussi parce qu'ils n'osent pas prendre, le cas échéant, l'espace qu'on leur propose. Parce que, parfois, cette capacité à contribuer aux échanges a été effritée, voire anéantie, par un univers qui ne les a pas écoutés. Mais aussi, notamment, parce qu'ils ont en général intégré un mode de fonctionnement individualisé, institué dès leur formation. Pourtant, ce sont eux qui ont les contacts les plus fréquents et les plus significatifs avec les personnes hébergées. Il y aurait un avantage considérable à ce qu'on leur permette de prendre leur place, à ce qu'on les implique davantage dans la vie des équipes multidisciplinaires, voire dans l'institution. Bénéfique pour eux, mais aussi bénéfique pour une institution qui pourrait offrir des soins et des services plus efficaces si ceux qui travaillent en proximité avec les personnes hébergées pouvaient

contribuer à enrichir les échanges et, conséquemment, à participer à une amélioration des soins offerts. Mais comment occuper cette place sinon en participant de façon active, personnellement, mais aussi collectivement aux échanges, à la vie de l'institution et à son évolution? Comment s'approprier du pouvoir jusqu'ici laissé entre les mains des autres joueurs institutionnels? Et dépasser les résistances multiples, les leurs et celles des autres?

Comme le proposent Bailey et ses collègues (2015), il faut investir dans de nouvelles recherches auprès de cette catégorie de travailleurs afin de leur offrir de meilleures conditions, en leur permettant d'avoir accès à des espaces de parole et de négociation qui leur sont jusqu'ici peu accessibles, en les mettant directement à contribution. C'est justement dans cette direction que nous souhaitons aller, mais l'analyse des témoignages recueillis jusqu'ici nous interpelle sur une question fondamentale, celle de la participation. En effet, les données exploratoires colligées jusqu'ici, tout comme la littérature d'ailleurs, nous renvoient non pas à un contexte de solidarité du collectif mais, plutôt, à un contexte de désolidarisation, d'individualisation et de non-engagement relativement partagé par les membres de ce groupe de travailleurs. La participation éventuelle des PaB à une intervention préventive, même si elle leur est destinée, semble donc un défi particulièrement important à relever, alors que la littérature portant sur les interventions préventives nous indique que la participation des travailleurs concernés par une démarche d'intervention est fondamentale afin d'assurer le succès des transformations entreprises (Biron *et al.*, 2010; Coyle-Shapiro, 1999; Goldenhar *et al.*, 2001; Jauvin *et al.*, 2014; Nielsen et Randall, 2013). Comment, donc, développer ces interventions préventives si la participation des préposés est si difficilement envisageable, dans un contexte où les individus, les groupes et l'organisation manifestent si peu de propension à la participation? Comment et sur quoi travailler pour permettre cette essentielle ouverture à s'impliquer, à s'engager? Le processus d'intervention peut-il, lui-même, contribuer à innover et à générer cette participation et à créer un mouvement qui pourrait perdurer? Peut-il en arriver à mobiliser le collectif, moteur de la participation, pour dépasser la culture de travail qui encourage l'individualisme plutôt que la solidarité?

Parmi les avenues théoriques permettant d'appréhender la question de la participation des préposés aux bénéficiaires dans le cadre d'un

projet d'intervention participative, celle de l'*empowerment* nous semble particulièrement prometteuse. Et tout particulièrement l'*empowerment* de type « structurel » (Kanter, 1993), qui permet aux employés qui ne sont pas en situation de gestion, grâce à quatre composantes spécifiques – l'accès à l'information, la disponibilité des ressources, le soutien au travail et les occasions d'apprentissage – d'avoir accès aux structures formelles et informelles de pouvoir (Kostiwa et Meeks, 2009 : 277). Cet *empowerment* structurel, déjà reconnu pour contribuer, à travers les processus participatifs qu'il instaure, à une réduction du stress, des tensions et de l'insatisfaction des travailleurs de statuts plus faibles (Gruss, McCann, Edelman et Farran, 2004 ; Tornsey, 2010) constituerait d'ailleurs, pour Caspar (2011), une condition essentielle pour un changement organisationnel réussi.

Plusieurs études en institutions hospitalières ont d'ailleurs déjà emprunté ce cadre, le plus souvent auprès de groupes d'infirmières, mais relativement peu se sont penchées plus spécifiquement sur le personnel de soin non spécialisé comme les préposés (Engström, 2011 ; Kostiwa et Meeks, 2009). Certains chercheurs ont toutefois commencé à recourir à des approches d'intervention ciblant l'*empowerment* chez les préposés aux bénéficiaires ou auprès de populations similaires de travailleurs (Chaudhuri *et al.*, 2013 ; Hochwälder, 2007 et 2008 ; Howe, 2014 ; Tornsey, 2010 ; Wholihan et Anderson, 2013 ; Yeatts *et al.*, 2004). Des recherches empiriques ont d'ailleurs déjà démontré des effets positifs de l'*empowerment* chez des employés occupant des fonctions comparables à celles des préposés (Kostiwa et Meeks, 2009 ; Kuo *et al.*, 2008), non seulement sur le bien-être des travailleurs⁵ mais, aussi, sur l'évaluation de la qualité du service par les clients (Hamann, 2012). Selon Kuo et ses collègues (2008) par exemple, les travailleurs qui sont en présence d'une structure propice à l'*empowerment* seraient plus engagés envers l'organisation, ils démontreraient davantage de confiance envers la gestion, se sentiraient plus responsables face à leur travail et leur niveau de satisfaction face à leur emploi serait plus élevé. Plusieurs de ces recherches interventionnelles ont par ailleurs permis de mieux saisir le rôle clé joué par la participation dans les améliorations documentées dans le cadre de ces interventions (voir notamment Petterson *et al.*, 2006). Cette participation implique une considération

5. *Nursing assistants.*

plus élevée des besoins des employés tels l'expression de ses idées, le respect, l'indépendance qui, en retour, génère une plus grande satisfaction, un plus grand engagement, une baisse de roulement de personnel et d'absentéisme (Yeatts *et al.*, 2004). Chaudhuri et ses collègues (2013) ont quant à eux démontré l'importance d'une gouvernance partagée et du soutien des supérieurs pour favoriser l'*empowerment* chez des aides-infirmières. L'inclusion active au sein de réunions d'équipe stratégiques aurait d'ailleurs, comme l'a démontré Tornsey (2010), un effet plus grand chez les travailleurs de faible statut que chez ceux ayant un statut plus élevé. Cette participation des travailleurs de niveaux hiérarchiques plus faibles, comme le souligne Schepens (2015), entraîne en soi une redéfinition de la division morale des rôles à l'hôpital. Mais celle-ci ne peut se faire sans y mettre du temps et sans une volonté partagée des principaux acteurs interpellés. L'accès aux structures de pouvoir, formelles et informelles, constitue donc ici un enjeu central.

Enfin, bien que l'avenue de la mise en place d'un processus d'intervention misant sur l'*empowerment* des préposés semble particulièrement pertinente, il importe d'insister sur les conditions préalables qui pourraient favoriser le succès d'une telle initiative, notamment sur la préparation adéquate et rigoureuse du milieu qui accueillerait une telle intervention. Nous l'avons vu déjà, plusieurs des personnes qui assument la supervision des préposés aux bénéficiaires et des équipes de soins ne sont pas, d'emblée, réceptives à une plus grande contribution des préposés aux échanges et aux décisions qui touchent l'institution. Sans tenir compte de cette réalité et sans poser d'actions préalables auprès de ces acteurs centraux, les succès d'un processus favorisant l'*empowerment* des préposés sont largement compromis.

D'autre part, ces mêmes préposés, qui ont depuis toujours été exclus des structures de pouvoir, ont eux aussi à relever de nouveaux défis, et il faut qu'ils puissent minimalement s'y préparer ou avoir accès aux conditions pour le faire. Rarement, notamment, ont-ils eu l'occasion de participer aux décisions qui les concernent. Les aptitudes nécessaires à la participation à des processus collégiaux, notamment des habiletés de communication et de résolution de problèmes impliquant des personnes de différents paliers hiérarchiques, ont été peu sollicitées, voire développées. Ainsi, certaines personnes ayant jusqu'ici travaillé

dans un environnement peu favorable à l'*empowerment* peuvent notamment avoir besoin d'acquérir des habiletés de résolution de problèmes et de communication jusqu'ici peu développées (Näswall *et al.*, 2005).

Un processus visant l'*empowerment* devrait donc nécessairement être introduit graduellement et accompagné de ressources compétentes (European Commission, 2000). De plus, dans un contexte de forte compression au travail, il faut impérativement considérer la difficulté de libérer des travailleurs, déjà soumis à une pression, et identifier des moyens pour dégager des moments favorisant la participation sans créer de tensions additionnelles sur le travail. Il ne faut pas non plus, par ailleurs, que l'introduction de nouvelles normes collectives, issues du renforcement du collectif de travail, contribue à accentuer cette même pression en ajoutant de nouvelles exigences, au contraire. Il faudrait plutôt que ce collectif de travail renforcé puisse favoriser le soutien et le partage des savoir-faire de métier mais, aussi, qu'il puisse contribuer à défendre l'espace à occuper par les préposés et leur permettre l'accès à de nouvelles opportunités dans un contexte favorisant une plus grande participation mais, aussi, une plus grande autonomie chez ces travailleurs, jusqu'ici peu considérés.

Il convient donc, pour qu'elle soit porteuse de succès, de centrer la démarche d'intervention préventive non pas sur l'imposition de nouvelles normes qui pourraient être contraignantes, mais plutôt sur le développement de nouvelles modalités qui permettraient aux préposés de participer de plus en plus activement à la vie de l'institution et, tel que visé, d'en retirer les bienfaits. Cela dit, ce travail ne peut se faire en vase clos, sans les autres acteurs interpellés par le processus de transformation envisagé. En effet, sans la participation des autres groupes qui forment les équipes multidisciplinaires de soins et celle des gestionnaires immédiats, l'appropriation par le milieu d'une telle démarche nous apparaît invraisemblable. C'est pourquoi il convient de s'assurer d'avoir non seulement l'adhésion des préposés mais, aussi, celle des dirigeants de l'institution, des gestionnaires immédiats et, aussi, des autres groupes de soignants qui œuvrent au sein des équipes.

Il importe donc, avant de planifier la mise en place d'une intervention préventive, de s'assurer d'avoir les conditions qui permettront une expérience porteuse de succès car, dans le cas contraire, non seulement le groupe visé par les changements planifiés ne bénéficiera pas

des interventions mais, au final, il peut même être affecté négativement par une intervention qui se solde par un échec, et ainsi se retrouver dans une situation encore plus précaire qu’antérieurement.

Mettre en place des interventions préventives dans les organisations constitue en soi un défi, peu importe les situations de travail. Intervenir plus spécifiquement auprès d’un groupe particulièrement fragilisé comme celui des préposés représente un défi encore plus important. Mais ne pas intervenir signifierait accepter que la position des préposés demeure inchangée, ce qui ne semble visiblement pas une avenue acceptable.

RÉFÉRENCES

- Alderson, M. (2004), « La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques », *Santé mentale au Québec*, 29, 1, p. 243-260.
- Allaire, É., Gagnon, É. et Jauvin, N. (2015), *Symposium sur le métier des auxiliaires de santé et de services sociaux et des préposés aux bénéficiaires. Synthèse des présentations et des discussions*, CSSS de la Vieille-Capitale, Québec.
- Arborio, A.-M. (1995), « Quand le “sale boulot” fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l’hôpital », *Sciences sociales et santé*, 13 : 93-126.
- Arborio, A.-M. (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l’hôpital*, Paris, Anthropos-Economica, 2^e édition augmentée d’une préface (1^{re} éd. 2001).
- Aubry, F. (2011), *La transmission des compétences professionnelles des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques en France et au Québec*. Thèse de doctorat, Université de Franche-Comté et Université de Sherbrooke.
- Aubry, F. et Y. Couturier (2014a), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie*. Québec, Presses de l’Université du Québec.
- Aubry, F. et Y. Couturier (2014b), « Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique », *Travailler*, 31, p. 169-192.
- Aubry, F., Y. Couturier et F. Gilbert (2014), « L’application de l’approche Milieu de vie en établissement d’hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires », dans Aubry, F., et Couturier, Y. (dir), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie*, Québec, Presse de l’Université du Québec, p. 105-121.

- Bailey, S., S. Kezia, J. Lloyd, J. Schneider et R. Jones (2015), «The emotional labour of health-care assistants in impatient dementia care», *Ageing and Society*, 35, p. 246-269.
- Bédard, S. et L. Bélanger (2013), «Analyse des données sur les accidents du travail» *OP*, CSSST, 28, p. 14-15.
- Bélanger, J. (1998), *L'épuisement professionnel chez les préposés aux bénéficiaires œuvrant en soins de longue durée*, Mémoire de maîtrise, Département de psychologie, Université du Québec.
- Biron, C., C. Gatrell et C. L. Cooper (2010), «Autopsy of a failure. Evaluating process and contextual issues in an organizational-level work stress intervention», *International Journal of Stress Management*, 17, 2, p. 135-158.
- Borzeix, A., J. Charles et B. Zimmermann (2015), «Réinventer le travail par la participation. Actualité nouvelle d'un vieux débat», *Sociologie du travail*, 57, p. 1-19.
- Caspar, S. (2011), «Measurement of workplace empowerment across caregivers», *Geriatric Nursing*, 32, 3, p. 156-165.
- Chaudhuri, T., D. E. Yeatts et C. M. Cready (2013), «Nurse aide decision making in nursing homes: Factors affecting empowerment», *Journal of Clinical Nursing*, 22, p. 2572-2585.
- Cheng, Y., I. Kawachi, E. H. Coakley, J. Schwartz et G. Colditz (2000), «Association between psychosocial work characteristics and health functioning in american women: Prospective study», *British Medical Journal*, 320, p. 1432-1436.
- Clot, Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte, coll. «Cahiers libres».
- Conrad, D. et Y. Kellar-Guenther (2006), «Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado», *Child Protection Workers*, 30:1071-1080.
- Coyle-Shapiro J. A.-M. (1999), «Employee participation and assessment of an organizational change intervention: A three-way study of total quality management», *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35, 4, p. 439-456.
- Dahle, R. (2003), «Shifting boundaries and negotiations on knowledge: interprofessional conflicts between nurses and nursing assistants in Norway», *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 23, 4, p. 139-158.
- Engström, M., B. Skytt et A. Nilsson (2011), «Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence», *Journal of Nursing Management*, 19, p. 732-741.
- European Commission (2000), *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* Luxembourg: European Communities.
- Gamassou, C. E. et V. Moisson-Duthoit (2012), «Le travail des professionnels de la relation d'aide: jongler avec des gratifications et des souffrances», *Gestion*, 37, 2, p. 65-71.

- Goldenhar, L. M., A. D. Lamontagne, T. Katz, C. Heaney *et al.* (2001), «The intervention research process in occupational safety and health: An overview from the National occupational research agenda intervention effectiveness research team» *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 7, p. 616-622.
- Grenier, N. (2008), *Portrait de la main-d'œuvre : préposés aux bénéficiaires*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gruss, V., J. J. McCann, p. Edelman et C. J Farran (2004), «Job stress among nursing home certified nursing assistants: Comparison of empowered and nonempowered work environments», *Alzheimer's Care Today*, 5, 3, p. 207-216.
- Hamann, D. J. (2012), «Does empowering resident families or nursing home employees in decision making improve service quality?», *Journal of Applied Gerontology*, 33, 5, p. 603-623.
- Hansung, K. (2011), «Job conditions, unmet expectations, and burnout in public child welfare workers: How different from other social workers?», *Children and Youth Services Review*, 33, p. 358-367.
- Hochwälder, J. (2007), «The psychosocial work environment and burnout among Swedish registered and assistant nurses: The main, mediating, and moderating role of empowerment», *Nursing and Health Sciences*, 9, p. 205-211.
- Hochwälder, J. (2008), «A longitudinal study of the relationship between empowerment and burnout among registered and assistant nurses», *Work*, 30, p. 343-352.
- Howe, E. E. (2014), «Empowering certified nurse's aides to improve quality of work life through a team communication program», *Geriatric Nursing*, 35, p. 132-136.
- Huggard, P.K. et R. Dixon (2011), «“Tired of caring”: The impact of caring on resident doctors», *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3, p. 105-111.
- Jauvin, N., R. Bourbonnais, M. Vézina, C. Brisson et S. Hegg-Deloye (2014), «Interventions to prevent mental health problems at work: Context and process factors», dans C. Biron, R. Burke, & C. L. Cooper (dir.), *Creating Healthy Workplaces: Stress Reduction, Improved Well-being, and Organizational Effectiveness*. Lancaster University, UK: Gower.
- Johnson, J. V. et E. M. Hall (1988), «Job strain, work place social support, and cardiovascular: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population», *American Journal of Public Health*, 7, p. 1336-1342.
- Kanter, R. M. (1993), *Men and Women of the Corporation*, 2nd ed. Basic Books, New York.
- Kostiwa, I. M. et S. Meeks (2009), «The relation between psychological empowerment, service quality, and job satisfaction among certified nursing assistants», *Clinical Gerontologist*, 32, p. 276-292.

- Kuo, H.-T., T. J.-C. Yin et I. C. Li (2008), « Relationship between organizational empowerment and job satisfaction perceived by nursing assistants at long-term care facilities », *Journal of Clinical Nursing*, 17, p. 3059-3066.
- Marché Paillé, A. (2011), *Émotions et travail d'assistance aux soins personnels en gérontologie. Se garder du dégoût, mais pas trop*. Thèse de doctorat, département des fondements et des pratiques en éducation, Université Laval.
- Näswall, K., S. Magnus et J. Hellgren (2005), « The moderating role of personality characteristics on the relationship between job insecurity and strain », *Work & Stress*, 19, 1, p. 37-49.
- Nielsen, K. et R. Randall (2013), « Opening the black box : Presenting a model for evaluating organizational-level interventions », *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22, 5, p. 601-617.
- Parmelee, P.A., M. C. Laszlo et J. A. Taylor (2009), « Perceived barriers to effective job performance among nursing assistants in long-term care », *JAMDA*, 10, p. 559-567.
- Petterson, I.-L., H. A. Donnersvard, M. Lagersstrom et A. Toomingas (2006), « Evaluation of an intervention programme based on empowerment for elder-care nursing staff », *Work & Stress*, 20, 4, p. 353-369.
- Safy-Godineau, F. (2013), « La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion », *La nouvelle revue du travail*, mis en ligne le 30 octobre 2013, consulté le 18 mars 2016 : <<http://nrt.revues.org/1042>>.
- Sainsaulieu, I. (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, 48, p. 72-87.
- Schepens, F. (2015), « Participer pour rendre le travail possible. Les « staffs » en unités de soins palliatifs », *Sociologie du travail*, 57, p. 39-60.
- Slocum-Gori, S., D. Hemsworth, W. W. Chan, A. Carson et A. Kazanjian (2013), « Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce », *Palliative Medicine*, 27, 2, p. 172-178.
- Stansfeld, S. et B. Candy (2006), « Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review », *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32, 6, p. 443-462.
- Torsney, K. (2010), « Impact of participation in team meetings on the stress and coping of lower status nursing employees in long-term care », *Stress and Health*, 27, p. 256-262.
- Twigg, J. (2000), « CareWork as a form of bodywork », *Ageing and Society*, 20, p. 389-411.
- Van Vegchel, N., W. Schaufeli, C. Dormann, M. Söderfeldt et J. de Jonge (2004), « Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: Moderating effects of job control and social support », *International Journal of Stress Management*, 11, p. 21-40.

- Vendramin, P. (2004), *Le travail au singulier. Le lien social à l'épreuve de l'individualisation*. Belgique, L'Harmattan.
- Vézina, M. (2000), « Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail » dans M.-C. Carpentier-Roy et M. Vézina (dir.), *Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Saint-Nicolas, Québec, Presses de l'Université Laval & Octares Éditions, p. 29-41.
- Wholihan, D. et R. Anderson (2013), « Empowering nursing assistants to improve end-of-life care », *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 15, 1, p. 24-32.
- Yeatts, D. E. C., C. Ray, B. Dewitt et A. Queen (2004), « Self-managed work teams in nursing homes: Implementing and empowering nurse aide teams », *The Gerontologist*, 44, 2, p. 256-261.
- Zapf, D. (2002), « Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations », *Human Resource Management Review*, 12, p. 237-268.
- Zhang, Y., L. Punnett et R. Gore (2014), « Relationships among employees' working conditions, mental health, and intention to leave in nursing homes », *Journal of Applied Gerontology*, 33, 1, p. 6-23.

CONCLUSION

Comprendre le travail de soins

Éric Gagnon

Les études que l'on vient de lire nous ont conduits dans des univers très variés, des centres d'hébergement au domicile des usagers, des hôpitaux aux unités de soins palliatifs, où les exigences et les contraintes sont très différentes. Ces riches études sont autant de portes d'entrée sur des réalités parfois très diverses. Mais par-delà les spécificités locales ou nationales, par-delà les différences dans les approches retenues par les auteurs, on aperçoit des constantes. Des préoccupations, des interrogations traversent en effet l'ensemble de ces travaux, et constituent quelques-uns des grands enjeux touchant l'avenir des soins en général, et le travail de ces groupes de soignants en particulier. Quelques-unes de ces préoccupations et de ces interrogations ont été signalées en introduction et sont explicitement ou implicitement présentes dans les différents chapitres : la visibilité de ces travailleurs au bas de l'échelle, la reconnaissance de leur contribution aux soins et au bien-être des personnes, les difficultés qu'ils rencontrent et dont on ne parle jamais ou rarement. En conclusion, je voudrais soulever trois autres questions auxquelles ces études nous conduisent ; trois questions sur lesquelles la recherche et l'étude sur les soins de santé devront, je crois, accorder une plus grande attention dans les années à venir.

Ces questions sont : 1) la prise en compte des multiples dimensions du travail de soin, 2) l'expression de la souffrance, la formulation des dilemmes moraux et leur réception, 3) l'évaluation et la gestion des pratiques. Ces questions touchent toutes directement la compréhension des pratiques et des soins, comment elles sont étudiées, analysées, pensées. Mais elles ne sont pas uniquement d'ordre épistémologique et méthodologique ; elles sont aussi d'ordre éthique et politique, car

elles concernent la reconnaissance de la valeur de ces pratiques, leur statut au sein des établissements et le contrôle des soignants sur leur travail.

1. PENSER LES SOINS DANS LEURS MULTIPLES DIMENSIONS

Le travail des aides-soignantes, des préposés aux bénéficiaires et des autres soignants ne peut se réduire à un ensemble de gestes techniques décomposables. Certes, on peut identifier des tâches et décrire des techniques pour les réaliser de manière sécuritaire et efficace. Mais ce n'est qu'une vue très partielle des soins, qui sont également faits de paroles et de silences, de complicité et de mouvements de recul, de regards et d'évitement, d'humour et de coercition, d'un délicat dosage entre la proximité et la réserve, la familiarité et la pudeur. De multiples aspects ressortent des études réunies dans ce livre.

Décrire des soins est moins aisé qu'il n'y paraît. Leurs dimensions sont nombreuses et on ne peut les considérer séparément sans en perdre le sens. Les soins s'inscrivent dans les corps, les interactions, l'espace et une temporalité. Les gestes sont *incorporés*, ce qui signifie qu'ils s'intègrent à l'ensemble du corps du soignant, de son mouvement et de son déplacement. La main bouge avec la tête, les épaules et les jambes. Laver le dos avec une serviette, c'est non seulement se servir de ses mains, mais se pencher sans trop appuyer, entrer en contact avec l'autre avec tout son corps, tout en conservant une distance, réduire sa vitesse d'exécution, prononcer certains mots, et adopter un certain ton. Le soignant est engagé avec tout son être, avec aisance et naturel ou maladresse et résistance.

Les gestes s'intègrent au corps de la personne soignée : le soignant doit suivre la personne dans son déplacement, respecter son immobilité ou sa raideur, anticiper ses réactions et tenir compte de l'espace environnant. Les soins exigent une synchronisation entre les corps, un mouvement coordonné, non seulement pour être efficace et éviter les blessures (échapper la personne, se blesser au dos), mais aussi pour procurer le sentiment d'être ensemble, de se comprendre, d'être entendu et respecté de l'autre. La coordination des gestes procure ce que l'on peut appeler, à la suite de Giddens, une sécurité ontologique : elle contribue non seulement à donner confiance, à donner à la personne le

sentiment de pouvoir compter sur l'autre, mais également à réduire l'anxiété face au changement et à mieux accepter la situation (maladie, dépendance, mort); elle réduit le sentiment de danger ou de menace. Pour reprendre l'exemple du lavement de dos, la hauteur du lit, la disposition des corps et la température de l'eau, comptent autant dans l'expérience de la personne que le fait que la porte de la chambre soit fermée et que le bas du corps demeure recouvert d'un drap. Les soins d'hygiène sont faits de petits gestes, de retenue; ils sont toujours un peu imprévisibles, soumis à de multiples contraintes, s'écartant parfois des consignes, dans un effort pour préserver l'humanité des personnes.

Le geste s'inscrit dans un espace (la résidence de la personne, une chambre d'hôpital, un centre d'hébergement), il est fonction de la disposition des meubles entre lesquels circulent les corps, des objets qui confèrent au lieu une familiarité et à la personne une identité. Il s'inscrit dans une histoire et plusieurs temporalités simultanément, celle du déroulement d'un soin, celle des horaires de travail, qui imposent des changements de personnel, celle du temps long de la relation qui se développe entre le soignant et le soigné (temps nécessaire au lien de confiance, pour trouver les mots et les gestes convenant à la personne). Le rythme est une dimension essentielle des soins: savoir respecter la cadence imposée par l'organisation, tout en respectant la lenteur de la personne malade.

Les gestes sont pétris de significations; ils révèlent ou expriment une certaine manière d'être au monde (Merleau-Ponty, 1945). Soigner c'est adopter une certaine attitude face aux odeurs fortes, aux excréments et à la laideur; c'est une manière de composer avec les propos confus des personnes démentes, leurs réactions hostiles et imprévisibles. C'est aussi savoir réactiver des souvenirs et de susciter des plaisirs, par exemple en servant à la personne des aliments ou un plat qu'elle a toujours aimés (Buch, 2013).

Si la réalisation du travail obéit à un certain nombre de règles et de prescriptions enseignées lors des formations, transmises par les pairs ou édictées par les directions des établissements, un grand nombre s'inventent en fonction des situations. À l'intérieur d'un ensemble de contraintes et d'exigences (morales, budgétaires, légales, notamment), il faut maintenir une certaine fluidité, imaginer des solutions, guider sans forcer, s'ajuster à la situation. Soigner exige de la créativité et de l'intelligence, pas seulement de la sensibilité et un tour de main.

Si un grand nombre de gestes font l'objet de règles et de prescriptions écrites, la plupart ne sont pas codifiés et demeurent tacites. L'incorporation des gestes signifie également qu'ils sont à ce point intégrés qu'il n'est plus besoin d'y penser pour les accomplir. Les soins sont faits pour une large part de dispositions immanentes aux pratiques issues de l'apprentissage imitatif et intériorisées, en un mot : des *habitus*. Opérations banales en apparence, mais essentielles dans l'accomplissement du travail, et qui ont de multiples répercussions sur la qualité des soins : la synchronisation des corps et leur ajustement à l'environnement, le confort et le sentiment de sécurité de la personne soignée, le sentiment par le soignant d'accomplir un bon travail.

Si les gestes de soins ont une fonction instrumentale (déplacer un corps, désinfecter un espace), ils ont également une fonction symbolique, qui est tout aussi importante. Les blessures que les soins doivent prévenir ou qu'ils peuvent causer sont autant morales et psychiques que physiques. Le port des gants n'a pas qu'une fonction d'hygiène ; il a une portée symbolique considérable, tant pour le malade que pour le soignant. La propreté d'un lieu prévient les infections, mais aussi et surtout procure un sentiment de confort et de sécurité : tout est à sa place, l'on est soi-même à sa place, l'on est chez soi et en sécurité. Le ménage doit se faire sous le regard du résident, à un certain moment de la journée, selon un certain ordre, habillé d'une certaine façon, sinon la chambre n'est pas « propre ». Soigner une personne, c'est aussi la maquiller et la coiffer, préserver son image, celle qu'elle offre aux autres et celle qu'elle conserve d'elle-même. C'est décider de l'habiller avec des vêtements « civils » mais inconfortables, ou des vêtements souples mais peu « dignes », prioriser le regard des autres ou le confort.

Les gestes, enfin, s'inscrivent dans des rapports sociaux de contrôle et de subordination. La relation de soin peut s'inscrire dans un rapport intervenant/malade qui place l'usager en situation de dépendance par rapport au soignant, lequel conserve le contrôle sur le déroulement de l'action, ou dans un rapport domestique/employeur, où c'est l'usager qui impose au travailleur ses règles et exerce le contrôle sur la manière dont les tâches sont accomplies (Cognet, 2002). L'usager peut se sentir totalement dépendant, à la merci du soignant, dont les actions obéissent d'abord aux contraintes de l'organisation et aux besoins du travailleur. Mais le soignant peut se sentir traité comme une

bonne ou un domestique, être blessé par les commentaires et les attitudes des soignants et des familles, voir son travail déconsidéré, au point parfois de ne plus pouvoir continuer d'exercer ce métier.

La difficulté ou le défi dans l'étude du travail des aides-soignantes, des préposés et du personnel d'entretien réside d'abord dans notre capacité à voir et à reconnaître ces multiples dimensions du soin, qui demeurent encore largement négligées, inaperçues, oubliées, invisibles. Il faut trouver les mots pour les reconnaître et en rendre compte, développer les perspectives d'analyse, imaginer des méthodologies d'enquête qui permettent de rendre visibles et compréhensibles les savoir-faire discrets (Molinier, 2011), qui s'écartent souvent des directives officielles et des pratiques recommandées. Il faut décrire ces savoirs et ces pratiques, examiner comment les gestes sont appris et intégrés, comment ils se transmettent ou s'enseignent. Il faut les replacer dans l'univers de significations, de contraintes et d'intentions dans lequel ils prennent sens. Sans doute faut-il en faire le récit, comme plusieurs textes ici nous y invitent, raconter le parcours de la personne malade dans l'institution de soi, le déroulement d'une journée de travail d'un préposé ou l'histoire de sa relation avec la personne âgée ; c'est par la narration souvent qu'une conduite au premier abord irrationnelle ou inquiétante, devient intelligible, que les gestes soignants en apparence superflus, trouvent leur sens et leur nécessité. Comme le souligne Pascale Molinier (2010), il y a d'abord beaucoup à apprendre des aides-soignantes et des préposées eux-mêmes ; il faut s'intéresser à ce qu'ils font et à ce qu'ils ont à dire de leur travail ; il faut prêter attention à ce qu'ils ont à raconter.

Cette dernière remarque nous conduit à l'enjeu suivant, où ressortent davantage l'importance de la dimension morale des soins, mais aussi la participation des soignantes à l'interprétation des situations difficiles dans lesquelles elles sont placées.

2. L'EXPRESSION DE LA SOUFFRANCE ET LA FORMULATION DES DILEMMES MORAUX

Les difficultés rencontrées par les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires sont au premier abord d'ordre matériel et technique : trouver le temps pour faire convenablement une tâche à l'intérieur de multiples contraintes ou d'apprendre les trucs du métier afin de ne pas

se blesser ni blesser l'usager. À y regarder de près, ces difficultés sont surtout d'ordre psychologique et moral : aides-soignantes et préposés aux bénéficiaires sont l'objet de peu de considération de la part des professionnels ou des « clients » ; leur savoir-faire est peu reconnu et leur avis rarement sollicité, ils sont très souvent soumis à une forte pression en raison du grand nombre d'usagers auxquels il faut répondre ; ils prennent soin de personnes très fragiles, dépendantes et souffrantes devant lesquelles ils se sentent parfois impuissants.

Le travail est parfois très pénible. Le sale boulot, les tâches dégradantes, la souillure, les odeurs, les dégoûts sont fortement mis en évidence dans les textes que nous venons de lire. La nudité, l'intimité, les contacts corporels sont cause d'inconfort. Ne pouvoir donner les soins que l'on juge adéquats et nécessaires est également la source de malaises. La souffrance devient une catégorie centrale dans l'étude du travail des soignants (Molinier, 2011).

Les soins peuvent également être violents, et cette violence peut prendre différentes formes : administrer un traitement invasif, douloureux et inutile, être exposé aux odeurs, à la nécrose et la décomposition, recevoir des insultes, des cris et des coups, être ignoré et passé sous silence, subir humiliations et dénigrement, faire face à l'incertitude et l'impuissance devant la souffrance et la mort... Les aides-soignantes, les préposés et les autres soignants peuvent être à la source de la violence (bien malgré eux souvent) ; ils peuvent aussi en être les témoins impuissants ou encore être eux-mêmes l'objet d'agressions et de propos blessants. La violence est source d'émotions fortes et incontrôlées, d'angoisse et de culpabilité, de sanctions et de réprimandes jugées injustes¹.

Aussi, les questions morales sont-elles omniprésentes dans le travail de soins. Il n'est pas toujours aisé, par exemple, de distinguer la contrainte acceptable et légitime exercée sur les personnes vulnérables et les dérapages et les contraintes inacceptables, moralement répréhensibles ; entre ce qui peut être toléré et même prescrit pour donner les soins ou assurer la sécurité de la personne, et ce qui est de l'abus, une

1. La violence conduit à la désobjectivation. Source de honte, elle pousse au renoncement. Elle anéantit ce qui fait d'un individu un sujet : sa capacité de dire (d'exprimer une volonté), d'agir (entreprendre une action) et de se raconter (avoir une image positive de soi).

contrainte excessive ou inutile (Lechevalier Hurard, 2013). Des soupçons de maltraitance pèsent souvent sur celles et ceux qui prennent soin des personnes dépendantes. Les tenants de l'éthique du *care* ont insisté sur les paradoxes des soins, le fait qu'ils soient réalisés souvent par des personnes au bas de l'échelle sociale, et que le bien-être et la sécurité des plus vulnérables contribuent paradoxalement à la reproduction des inégalités sociales.

L'attention portée à la violence, à la souffrance et à l'expérience morale des aides-soignantes et des préposés par les auteurs des études ici rassemblées², n'est pas sans lien avec la place faite à la subjectivité et à l'éthique dans la culture contemporaine. L'intérêt des chercheurs rejoint et renforce les préoccupations des soignants eux-mêmes, souhaitant de plus en plus parler de leur expérience au travail (émotions, dilemmes moraux, deuils, sentiments d'impuissance)³. Les dimensions subjectives de la relation de soins et les questions éthiques que cette relation soulève sont cause de difficultés, d'inconforts et de frustrations, mais en même temps et paradoxalement sont source de valorisation puisqu'elles dévoilent la complexité de ce travail, qui est loin de se réduire à l'exécution de tâches techniques, et placent au centre de l'attention la relation avec l'usager, qui est également source de gratifications. C'est le « relationnel » qui donne au travail son sens et sa valeur. L'intérêt des chercheurs pour les dimensions subjectives et morales des soins rejoint également les préoccupations des organisations de plus en plus préoccupées par les difficultés vécues par le personnel – sources d'absentéisme et de conflits – et qui commencent à mettre en place des mesures afin d'aider les cadres et le personnel à mieux gérer ces difficultés, à réguler les émotions, à apaiser les conflits.

L'interprétation et la gestion des affects et des dilemmes moraux deviennent ainsi un enjeu important, tant pour les soignants que pour les administrations. Le sens et l'attention qui leur sont accordés ont des implications non seulement sur les individus – les pressions subies, leur santé et leur bien-être, l'intérêt pour leur travail et leur désir de continuer – que sur les usagers, l'ensemble des relations de travail et l'organisation des services.

2. Voir également les études rassemblées par Aubry et Couturier (2014).

3. En témoigne le symposium tenu à Québec (Allaire *et al.*, 2014) réunissant des préposées, des auxiliaires, des gestionnaires et des chercheurs pour parler du travail.

La collectivisation des problèmes et la prise en compte des contextes organisationnel, politique et économique dans lesquels ils surgissent deviennent l'un des enjeux centraux du travail de soin. Les difficultés liées à la nature même du travail – faire face à la souffrance et à la mort, se glisser dans l'intimité de la personne, par exemple – sont exacerbées par les contraintes économiques qui augmentent la tâche et réduisent le temps pour l'accomplir, par les contraintes bureaucratiques qui réduisent l'autonomie et imposent des manières de faire qui ne sont pas toujours adaptées aux situations, par le peu d'intérêt accordé aux savoir-faire et aux analyses que les soignantes font de leurs difficultés.

La tentation est pourtant grande d'individualiser les problèmes. Dans une étude menée dans quelques centres d'hébergement au Québec sur les comportements difficiles de certains résidents (demandes incessantes, dénigrement du personnel, agressivité verbale et physique), nous avons vu comment le personnel soignant – préposés et infirmières – avait tendance à prendre sur lui la responsabilité de ses difficultés, qu'il attribuait à son manque de compétence ou de vocation (Gagnon *et al.*, 2009). Laisse à lui-même, le soignant ne peut supporter longtemps la pression psychologique et morale que ces problèmes exercent sur lui : sentiment d'impuissance, dévalorisation et solitude. La violence que l'on subit comme celle que l'on exerce peut être l'objet d'une régulation informelle au sein d'une équipe ; elle peut aussi faire l'objet d'une discussion ouverte et continue, qui n'abandonne pas les soignants et évite les dérapages.

La participation aux réunions des équipes soignantes en compagnie des professionnels, la création de comités de pairs, l'organisation de rencontres d'équipe font partie des solutions mises aujourd'hui de l'avant et dont on attend beaucoup. Sortir de la solitude c'est non seulement être seul avec sa souffrance ou ses malaises, mais c'est aussi pouvoir aller plus loin dans leur compréhension en en discutant. Se voir reconnaître – se reconnaître soi-même – un point de vue légitime, pouvoir le formuler, l'exprimer, le faire entendre et être entendu. L'intérêt des rencontres d'équipe est non seulement de faciliter l'expression, d'avoir un auditoire et d'être entendu, mais aussi d'échanger et donc de réviser, d'aller plus loin que le récit subjectif et individuel d'une expérience.

Plusieurs textes ici publiés mettent bien en lumière, à travers l'expérience des soins palliatifs, l'importance de donner *collectivement* sens à une situation ou à une difficulté. Les membres de l'équipe doivent partager la même interprétation d'une situation, non seulement pour se coordonner, avoir une action cohérente, mais aussi et surtout pour prendre une décision que tous comprennent et acceptent, pour ne pas laisser les soignants être submergés par la culpabilité et la confusion ; pour surmonter la peur et le dégoût. Les collectifs de travail sont importants pour transmettre les savoirs, revaloriser le travail, nommer les difficultés et trouver des solutions, être entendu et supporté, exprimer les malaises, la souffrance, les angoisses. *A contrario* comment l'absence de groupe de pairs et de réelle intégration à l'équipe soignante laisse les aides-soignantes démunies et les abandonne à leur solitude.

Mais les rencontres d'équipe ne sont pas une solution en soi. Elles peuvent prendre différentes formes et produire différents effets. Tout dépend de leurs objectifs et de leur fonctionnement, des questions qu'il est permis de soulever, des mots et des théories explicatives avec lesquels on décrit et on analyse une situation, exprime et justifie une émotion, formule une interrogation, des thèmes à l'ordre du jour, ce qui est discuté et ce qui est passé sous silence, les émotions exprimables et celles devant être refoulées, des explications retenues et celles ignorées. Tout dépend des personnes qui sont invitées à prendre la parole et à qui elles s'adressent, c'est-à-dire des conditions dans lesquelles les préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes prennent la parole, les moyens dont elles disposent pour faire valoir leur point de vue, formuler une critique ou questionner les professionnels et les gestionnaires, proposer une solution, la légitimité reconnue à leur parole, leur expérience et leur savoir.

L'interprétation des situations et le traitement des difficultés auront non seulement des impacts sur les soignants, leur travail et leur compréhension qu'ils s'en font⁴, leur identité et la valeur qu'ils accordent à ce qu'ils font, leur désir de continuer dans le métier, mais aussi sur l'organisation du travail, le sens et la finalité donnée aux soins, les services offerts. Ces rencontres peuvent facilement conduire à une

4. J'ai esquissé ailleurs (Gagnon, 2016) une analyse des cadres ou des registres à l'intérieur desquels soignants et soignés réfléchissent leur expérience et leur subjectivité se forme, leur rapport à soi, aux autres, au monde.

uniformisation des manières de faire ; à imposer une certaine lecture préconçue des problèmes, de laquelle découle une réponse standardisée (Gagnon *et al.*, 2009), réduire les comportements des patients à des diagnostics simples (ex : personne qui a de la difficulté à faire son deuil ou qui souffre d'un problème de personnalité limite), qui ignorent le contexte organisationnel ; elles peuvent gommer les points de vue discordants au nom de la cohésion, faire taire les doutes et disparaître le jugement. L'interprétation de l'expérience est simultanément effort de résolution. Avec des conséquences immédiates sur le travail (la manière dont on soigne, le sens et la finalité donnés aux soins), mais également sur les personnes âgées ou malades, dont on voudra mieux encadrer la relation pour éviter les conflits et les heurts (les normes et règles qu'on leur impose, la manière de s'adresser au personnel, les besoins qu'ils peuvent légitimement exprimer et la manière de les exprimer, les comportements qu'ils peuvent avoir).

3. L'ÉVALUATION ET LA GESTION DES PRATIQUES

La régulation des affects et la gestion des conflits nous conduisent directement à l'évaluation, outil de description et d'analyse des pratiques, mais surtout de gestion et de contrôle. L'évaluation connaît une vogue sans précédent dans les organisations de santé et de services sociaux. Promue par la nouvelle gestion publique, l'évaluation standardisée des pratiques s'est imposée comme instrument de gestion permettant de mesurer « objectivement » les effets des interventions, dans l'objectif d'en améliorer l'efficacité et de réduire les coûts. Elle prend la forme de l'évaluation de programme, dans le but de vérifier l'atteinte de ses objectifs, de l'évaluation individuelle des habiletés, du fonctionnement et du rendement du personnel, mais aussi, et de plus en plus, de la mesure des prestations de soins, afin d'en améliorer l'optimisation et de vérifier le respect des protocoles, et qui constitue une évaluation indirecte de la performance des soignants.

L'évaluation a des effets importants sur la manière dont on comprend les pratiques, les difficultés vécues par les soignants. C'est d'abord un instrument d'interprétation. L'évaluation produit une lecture et une vision des pratiques, une certaine description et une appréciation de ce qui se fait et des difficultés rencontrées, une idée de la direction à suivre, des objectifs à poursuivre. Elle produit une interprétation

concurrente de celle que les chercheurs produisent ou de celle que les intervenants se font de leur propre travail. Il importe d'en comprendre les orientations, les procédures et les effets.

L'évaluation des pratiques peut favoriser une certaine réflexivité chez les praticiens, elle peut permettre un retour critique sur les pratiques, de se libérer des habitudes et de remettre en question les manières usuelles de penser et de faire. Mais l'évaluation n'est pas le seul ni toujours le meilleur moyen pour ce faire. Elle comporte surtout de nombreux pièges, en raison de ses objectifs de performance et des méthodes et des indicateurs utilisés, et de l'introduction de logiques industrielles et marchandes. Nous en retiendrons ici trois :

1. Dans son souci d'objectivité et de neutralité, l'évaluation tend à réduire les objectifs d'un programme à des objectifs mesurables (temps, volume d'activités, coûts), et les dimensions d'une pratique à des tâches comptabilisables (temps d'exécution d'un geste, nombre de clients servis en un certain laps de temps). L'évaluation occulte tout ce qui n'est pas mesurable, dans sa quête d'indicateurs quantitatifs, de mesures de performance. Elle repose souvent sur l'illusion qu'avec des indicateurs chiffrés, on a une vue objective et neutre d'une activité. Elle conduit à la fragmentation ou à la décomposition des tâches, et fait perdre de vue leur cohérence et leur sens. Elle peut ainsi conduire à la réduction des temps « morts », qui ont pourtant leur importance dans les soins (ex : prendre le temps de bavarder avec l'utilisateur ou le résident). L'évaluation repose généralement sur une vision strictement opérationnelle du travail : fournir un service à un coût moindre et servir le plus grand nombre possible de clients. Elle oublie qu'il y a une différence entre la performance d'une pratique et la performance rapportée par les indicateurs, qui ne donnent qu'une vision tronquée de la réalité (Van Thiel et Leeuw, 2002). *Les « indicateurs de qualité » ne peuvent rendre compte de ce qu'il convenu aujourd'hui d'appeler le care : la disposition bienveillante, les gestes visant à préserver les êtres dans leur intégralité, leur corps, leur esprit, leur monde.* Traduits en indicateurs les soins sont désincarnés, désarticulés, décontextualisés et singulièrement

appauvris (Twigg, 2000). Les personnes âgées et malades sont réduites à leurs limitations, dysfonctionnements ou leurs « besoins ». En prétendant ainsi maîtriser le réel, on en évacue la complexité⁵.

2. Afin de mesurer la performance des travailleurs et d'assurer ensuite un contrôle sur la manière dont le travail est fait, l'évaluation conduit à une uniformisation des pratiques. Les soignants sont appelés à donner les services toujours de la même façon, selon la même séquence de gestes, dans le même temps. Il y a nécessité pourtant, comme le montrent plusieurs études ici publiées, de ne pas suivre toujours les protocoles standardisés pour parvenir à donner convenablement les soins. Le recours à des instruments et à des outils standardisés, des indicateurs quantitatifs « neutres », non faussés par le jugement et la subjectivité des soignants, contribue non seulement à produire une vision très appauvrie du travail, mais disqualifie les compétences créatives et analytiques des soignants, comme le souligne avec justesse Michel Chauvière (2013). Il contribue indirectement à leur déqualification, sinon leur disqualification et leur faible reconnaissance, tout en les soumettant à des injonctions contradictoires (diminuer les coûts et réduire le temps, tout en augmentant la qualité et en personnalisant les interventions). En réduisant la compréhension du réel, il réduit du même coup le champ des possibles, l'espace ou l'horizon au sein duquel on peut imaginer de nouvelles façons de faire. Pas plus qu'elle ne produit de connaissances nouvelles, l'évaluation n'encourage la créativité. Elle favorise le conformisme.

3. Plutôt qu'un exercice de réflexivité et de retour critique sur la pratique par les praticiens eux-mêmes, l'évaluation est souvent utilisée comme un mode de surveillance et de contrôle ; elle est un instrument de rationalisation économique davantage qu'une occasion de revoir ses manières de faire, sortir des habitudes de penser et de faire. En fragmentant le soin en une série de tâches distribuées selon une séquence préétablie, cette gestion tend à rendre la compétence des soignants inutile, leur jugement et leur autonomie secondaires. Elle conduit à détacher le travail du travailleur, à en faire une activité neutre et

5. Je n'entre pas plus avant dans la critique épistémologique de l'évaluation, c'est-à-dire de son positivisme : la croyance dans la production de résultats objectifs et de données probantes, le fétichisme de la méthodologie (quantitative) et le causalisme simpliste. Sur ce point, voir les ouvrages de Gaulejac (2009) et de Cassin (2014).

reproductible, pouvant être réalisée par des individus interchangeables. Elle favorise une discipline stricte et tatillonne visant à réduire le plus possible les variations individuelles, les écarts, les particularités ; elle vérifie plus la conformité des employés aux directives que la qualité des services. Finalement, en détachant le travail des conditions sociales, économiques et politiques dans lesquelles il s'inscrit, et qui le contraignent fortement, l'évaluation renvoie aux soignants l'entière responsabilité de la qualité des soins.

Il devient urgent de développer des formes d'évaluation réflexive et participative, qui dépassent la fonction de surveillance et de contrôle des soignants pour intégrer leur compréhension de situations, leurs savoir-faire et les implique dans l'analyse et la révision des pratiques. (Rodriguez del Barrio, 2001) ; des formes d'évaluation qui ne disqualifient pas les compétences des aides-soignantes et autres soignants, comme c'est encore trop souvent le cas (Chauvière, 2013), mais au contraire contribuent à leur reconnaissance. Il faut aussi créer des formes d'évaluation qui n'appauvrissent pas le réel dans l'espoir illusoire de mieux le maîtriser, mais en montrent la complexité et la richesse, et reconnaissent une valeur aux femmes et aux hommes qui donnent les soins ; des évaluations qui permettent le développement d'une diversité de modes de communication, d'échange et d'expression des émotions, des difficultés et des interrogations morales, et non pas qui les limitent à des formes codifiées d'expression des sentiments et des expériences⁶ ; des évaluations qui permettent d'identifier les conditions organisationnelles, économiques et sociales dans lesquelles les soins sont donnés, et sur lesquelles il faut agir si l'on veut donner des soins acceptables. Sans remettre en question ces conditions, l'évaluation ne fera qu'ajouter au fardeau des soignants, particulièrement ceux au bas de l'échelle, qui n'ont pas l'autonomie ni l'autorité dont disposent les professionnels pour y résister.

* * *

Ces trois questions renvoient toutes directement à la manière dont les pratiques sont perçues et comprises ; à leur visibilité et à leur reconnaissance, et par le fait même, à la valeur et à l'importance qu'on leur accorde. Elles soulèvent toutes les trois le problème des moyens avec

6. Voir sur ce point la distinction faite par Lopez (2006) entre l'*emotional labor* et l'*organized emotional care*.

lesquels ces pratiques sont décrites et analysées (concepts, méthodes, perspectives théoriques), mais également celui des personnes et des groupes appelés à contribuer à l'analyse et à l'interprétation de ces pratiques aux côtés des chercheurs, en premier lieu les aides-soignantes, les préposés et les auxiliaires de santé. C'est à une révision de la manière dont on décrit et pense les pratiques que nous invite l'ensemble des textes ici réunis.

RÉFÉRENCES

- Allaire, É., N. Jauvin et É. Gagnon (2014), *Symposium sur le métier d'auxiliaire de santé et de services sociaux et de préposé aux bénéficiaires. Synthèse des présentations et des échanges*, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec.
- Aubry, F. et Y. Couturier (dir.) (2014), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Buch, E. D. (2013), « Senses of care : Embodying inequality and sustaining personhood in the home care of older adults in Chicago », *American Ethnologist*, vol. 40, n° 4, p. 637-650.
- Cassin, B. (dir.) (2014), *Derrière les grilles. Sortons du tout-évaluation*, Paris, Mille et une nuit.
- Chauvière, M. (2013), « Esquisse d'une sociologie critique de la norme d'évaluation », *Revue française d'administration publique*, n° 148, p. 953-966.
- Cognet, M. (2002), « Les enjeux de territoires et d'identités dans le travail des auxiliaires familiaux et sociaux des centres locaux de services communautaires du Québec », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 3, p. 37-62.
- Gagnon, É. (2016), « Les aventures de la subjectivité. Éthique, pratiques et expériences du soin », dans L. Demailly et N. Garnoussi (dir.) *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, p. 229-240.
- Gagnon, É., M. Clément et É. Raizenne (2009), *Évaluation de l'équipe de soutien en hébergement du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord*, Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.
- Gaulejac, V. de (2009), *La société malade de la gestion*, Paris, Seuil, coll. « Point ».
- Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-Identity*, Stanford, Stanford University Press.
- Lechevalier Hurard, L. (2013), « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du travail*, vol. 55, n° 3, p. 279-301.

- Lopez, S. H. (2006), « Emotional labor and organized emotional care. Conceptualizing nursing home care work », *Work and Occupations*, vol. 33, n° 2, p. 133-160.
- Merleau-Ponty, M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.
- Molinier, P. (2010), « Apprendre des aides-soignantes », *Gérontologie et société*, n° 133, p. 133-144.
- Molinier, P. (2011), « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », dans P. Paperman et S. Laugier (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2^e édition, p. 339-357.
- Rodriguez del Barrio, L. (2001), « Enjeux et paradoxes de l'évaluation dans le champ de la santé et des services sociaux », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 35, p. 149-166.
- Twigg, J. (2000), « Carework as a form of bodywork », *Ageing And Society*, vol. 20, p. 389-411.
- Van Thiel, S. et F. L. Leeuw (2002), « The performance paradox in the public sector », *Public Performance & Management Review*, vol. 25, n° 3, p. 267-281.

Les auteur.e.s

Annick Anchisi, sociologue et infirmière, professeure, Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse.

Anne-Marie Arborio, sociologue, maître de conférences, Université d'Aix-Marseille, CNRS, LEST, Aix-en-Provence, France.

Francois Aubry, sociologue, professeur, département de travail social, Université du Québec en Outaouais et chercheur, Centre de recherche à l'IUGM, Montréal, Canada.

Michel Castra, sociologue, professeur, Laboratoire CeRIES, Université de Lille, Villeneuve d'Ascq, France.

Yves Couturier, travailleur social, professeur-chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement et directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne, Université de Sherbrooke, Québec.

Fanny Dubois, sociologue, collaboratrice scientifique, Centre METICES, Université Libre de Bruxelles, Belgique.

Éric Gagnon, sociologue, chercheur, Centre de recherche sur les soins et services de première ligne, Université Laval, Québec, Canada.

Nathalie Jauvin, psychopédagogue, chercheure, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et professeure associée, Université Laval, Québec, Canada.

Guy Lebeer, sociologue, professeur, Centre METICES, Université Libre de Bruxelles, Belgique.

Lucie Lechevalier Hurard, sociologue, CNRS Centre Max Weber, Lyon, France et Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse.

Iris Loffeier, sociologue, adjointe scientifique, Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse.

Murielle Pott, infirmière, professeure, Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Lausanne, Suisse.

Florent Schepens, sociologue, professeur, Laboratoire de Sociologie et d'Anthropologie (LaSA), Université Bourgogne-Franche-Comté, Besançon, France.

Pierre A. Vidal-Naquet, sociologue, Centre Max Weber, Lyon, France.

Aide-soignante, préposée aux bénéficiaires, auxiliaire polyvalente ou encore accompagnatrice à domicile sont autant de métiers, le plus souvent au féminin, mal connus, effacés, parfois oubliés, jouant pourtant un rôle essentiel dans le soutien des personnes atteintes de handicaps, âgées, malades ou mourantes. Leur contribution est essentielle au maintien de la dignité de ces personnes.

Cet ouvrage a pour ambition de mieux comprendre ces métiers, en prêtant une attention aux collectifs de travail, à la nature des tâches, aux apprentissages et aux conditions de leur réalisation, aux multiples « arts de faire » dans l'accompagnement et les soins au sein d'univers très contraints. Au travers de ces métiers, sur lesquels il invite à jeter un regard différent, l'ouvrage cherche également à mieux saisir les transformations des dispositifs sociosanitaires, dans différents pays (Belgique, France, Suisse, Québec), les divers établissements de soins et secteurs (soins aux personnes âgées, soins palliatifs, soins à domicile) dans lesquels évoluent ces travailleuses et travailleurs.

Annick Anchisi est sociologue et infirmière, professeure à la Haute École de santé Vaud (HESAV), HES-SO, à Lausanne. Elle a mené plusieurs recherches auprès de personnes âgées dépendantes et démentes, à domicile et en institution ainsi qu'en situation particulière (vieillesse et cancer, vieillir au couvent). Elle a publié, en 2016, « Les souillures du grand âge, entre délégation et dénégation », dans *Le social à l'épreuve du dégoût*, sous la direction de Dominique Memmi, Gilles Raveneau et Emmanuel Taïeb (Presses universitaires de Rennes, 2016).

Éric Gagnon est chercheur au Centre de recherche sur les soins et services de première ligne de l'Université Laval à Québec, où il mène des travaux sur les soins, le vieillissement, l'éthique et les transformations de la subjectivité dans le monde contemporain. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages, dont *L'invention du bénévolat*, en collaboration avec A. Fortin, A.-E. Ferland-Raymond et A. Mercier (PUL, 2013).

www.pulaval.com
www.eesp.ch/editions

