PRIX CIGAL 2015

Remis le 23 octobre 2015

à

Mme Lucie LEBRUN

Géricault ; série « les fous »s

<u>Numéro IBSSN :</u> 978-2-9555397-1-2

[Numéro EAN : 9782955539712]

A l'occasion du colloque «Nous vieillirons ensemble ! Enjeux et lieux», qui se déroulait sous le haut patronage de Mme Laurence Rossignol, Secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie, M. Jacques Fournier a remis ce premier prix de la collection CIGALADES à Mme LEBRUN.

M. Jacques FOURNIER était le président d'un Jury composé de neuf personnes chargé d'examiner les vingt-cinq mémoires en compétition. Conseiller d'Etat honoraire, Président d'Honneur de la SNCF et de Gaz de France, M. FOURNIER est également Président d'Honneur de CIRIEC France.

Le colloque a été organisé par le CIRIEC France, GALILEE.SP et AD-PA.

https://associationgalilee.wordpress.com/ ***http://www.ad-pa.fr/***

www.ciriec-france.org/

GALILÉE.SP les fonctions publiques au cœur de l'innovation

CIRIEC FRANCE

AD-PA Les personnes agées - Les directeurs

CIRIEC-France est la branche française de l'organisation non gouvernementale « CIRIEC ». Cette association a pour objet la promotion de la réflexion et de l'action pour le développement des initiatives d'économie publique, sociale et coopérative.

L'association GALILEE.SP est un groupe de réflexion composé de hauts fonctionnaires et de dirigeants des trois fonctions publiques de l'Etat, des collectivités territoriales et des opérateurs publics et de fonctionnaires étrangers, qui se donne pour objet d'étudier les conditions d'évolution et de mise en œuvre du service public du XXI° siècle, d'adaptation de ses structures, de leur fonctionnement et leur gestion avec la participation des fonctionnaires et agents des services publics aux grands enjeux de notre époque.

L'AD-PA est une association qui regroupe les directeurs de services à domicile, de coordinations et d'établissements pour personnes âgées. Elle souhaite sensibiliser la société française et les Pouvoirs Publics sur l'approfondissement nécessaire de la solidarité à l'égard des personnes âgées fragilisées, favoriser leur expression, comme celle de leurs familles et des professionnels, accompagner ces derniers dans leurs actions au quotidien, promouvoir une réflexion globale en matière de gérontologie, participer à l'évolution de l'accompagnement des personnes âgées fragilisées en facilitant la circulation de l'information au sein de la profession et de ses partenaires, montrer que les services à domicile, les établissements et les coordinations pour personnes âgées sont innovants dans leurs pratiques quotidiennes d'accompagnement et de soins.

Le colloque et la remise du prix CIGALADES a aussi été permise grâce au soutien de leurs partenaires :

et avec la participation de la :

Démence et travail aide soignant en Ehpad

Etude des effets de la prise en charge des personnes désorientées sur la détermination de l'action individuelle et collective des aides-soignants et sur leur santé au travail

Lucie Lebrun

Sous la direction de Marc Dumas

Membres du jury :

Fillaut Thierry, Professeur d'histoire contemporaine**, Président du jury**

Douguet Florence, Maître de conférence de sociologie

Dumas Marc, Maître de conférence en sciences de gestion, directeur de mémoire

UBS – Département Politiques Sociale et de Santé publique, Lorient
Master 2 P3S spécialité ACISS parcours RISS – 2013/14

Démence et travail aide soignant en Ehpad

Etude des effets de la prise en charge des personnes désorientées sur la détermination de l'action individuelle et collective des aides soignants et sur leur santé au travail

Lucie Lebrun

Sous la direction de Marc Dumas

Membres du jury :

Fillaut Thierry, Professeur d'histoire contemporaine**, Président du jury**

Douguet Florence, Maître de conférence de sociologie

Dumas Marc, Maître de conférence en sciences de gestion, directeur de mémoire

UBS – Département Politiques Sociale et de Santé publique, Lorient

Master 2 P3S spécialité ACISS parcours RISS – 2013/14

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans l'élaboration de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Marc Dumas, mon directeur de mémoire, qui m'a guidée dans mes questionnements tout au long de cette année,
Je remercie également Thierry Fillaut et Florence Douguet qui m'ont conseillée et encouragée dans mes travaux.

Je voudrais remercier très sincèrement tout le personnel de l'Ehpad qui m'a accueillie pour cette recherche. La directrice tout d'abord pour sa confiance et le crédit qu'elle m'a accordés immédiatement, malgré ma méconnaissance du secteur médicosocial et de ses enjeux. Ils ont été précieux et encourageants. Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe, en particulier les personnes qui ont accepté de me rencontrer en entretien et qui m'ont permis de découvrir leur travail passionnant, complexe et pour tout dire, fascinant.
J'espère avoir réussi à rendre, modestement et sans la trahir, la complexité de ce qui fonde leur travail quotidien auprès de personnes vulnérables. Mes remerciements et mes souvenirs également à tous les résidents rencontrés tout au long de ces mois d'étude.

Je remercie enfin toutes les personnes qui ont accepté d'échanger avec moi des questions et doutes liés à cette recherche. Les personnes qui m'ont encouragée, secouée dans mes certitudes, relue, et ont rendu possible la rédaction de ce mémoire, malgré une vie de famille trépidante. Merci tout particulièrement à Jérôme.

Avis au lecteur

Le lecteur trouvera toutes les références d'ouvrage, articles ou rapports utilisés, directement ou indirectement dans l'élaboration de ce mémoire, dans la bibliographie générale.

Le choix a été fait de limiter les notes de bas de page. Ainsi les références à des concepts relevés dans des ouvrages seront mentionnées ainsi : (Clot, 2010), et le numéro de page sera précisé dans le cas de citations.

Sommaire

Liste des acronymes et abréviations 6
Introduction 7
Partie 1 : Cadre d'analyse 9
1 Un environnement changeant 9
.....1.1 Politiques et réglementations 9
.....1.2 L'accueil de personnes désorientées en Ehpad 11
2 Cadre théorique 15
.....2.1 Approcher le métier d'aide soignant 15
.....2.2 Bien-être au travail : éléments théoriques 20
.....2.3 Le soignant dans le collectif 29
.....2.4 Une approche managériale 33
3 Formulation des questionnements et proposition de recherche 37
Partie 2 : Méthodologie et terrain d'étude 39
1 Méthodologie 39
.....1.1 Ancrage méthodologique 39
.....1.2 Méthodologie suivie pour l'étude 40
2 Contexte d'étude 43
.....2.1 Présentation générale de l'établissement 43
.....2.2 Ressources humaines de l'établissement 47
.....2.3 L'organisation du travail 50
.....2.4 Un contexte de crise 52
Partie 3 : Résultats et discussion 55
1 Résultats 55
.....1.1 La prise en charge de la démence, ce qui change réellement 55
.....1.2 Le pouvoir de contrôle de l'équipe 67
.....1.3 Des espaces et des temps d'échanges 72
.....1.4 La santé au travail des professionnels 75
.....1.5 Management 79
2 Discussion 87
.....2.1 Prise en charge de la démence et stress au travail 87
.....2.2 Formation de l'action individuelle et collective 91
3 Des leviers d'action 97
.....3.1 Permettre la construction de compromis collectifs 97
.....3.2 Reconsidérer le métier aide soignant 99
4 Les limites de cette étude 102
.....4.1 Le terrain et le contexte 102
.....4.2 Appréhender la complexité 102
Conclusion 103
Bibliographie générale 105
Annexes : table des matières 111

Liste des acronymes et abréviations

AFNOR	Association française de normalisation
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
AMP	Aide Médico-psychologique
Anact	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANI	Accord National Interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail
CVS	Conseil de la Vie Sociale
Ehpad	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
IFAS	Insitut de Formation au métier aide soignant
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP	Pathos Moyen Pondéré
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad), sont des structures du secteur médico-social, dont la forme actuelle est relativement récente. Jusque dans les années 1990, les personnes âgées vieillissantes étaient en effet accueillies au sein de « maisons de retraite », au caractère plus ou moins familiale selon les structures.

Deux grandes mutations sont venues peu à peu, depuis deux décennies, bouleverser ces organisations. A l'instar d'autres structures du secteur médico-social, elles évoluent vers des modes de gestion modernisés et plus proches du secteur sanitaire qu'auparavant. Les notions d'objectifs, d'évaluation des prestations ont fait leur apparition parallèlement à un développement et une concrétisation des idées de respect des droits des personnes accueillies. Simultanément, des politiques publiques ont été mises en place pour encourager le maintien à domicile des personnes dépendantes. De nombreuses structures de soins à domicile ont ainsi vu le jour, développant des prestations adaptées pour permettre à des personnes très dépendantes de passer la fin de leur vie chez eux. Depuis quelques années, les personnes accueillies en Ehpad sont donc atteintes de pathologies plus lourdes dont la prise en charge est incompatible avec un maintien à domicile. Celles-ci relèvent souvent du domaine des maladies neurodégénératives, telle que la maladie d'Alzheimer dont les effets – troubles du comportement, anxiété, troubles de la communication - deviennent parfois des charges trop importantes pour les aidants familiaux.

Le personnel des Ehpad, dont les aides soignants constituent le noyau dur puisque leur revient la prise en charge de la dépendance des personnes accueillies, font donc face à ces évolutions de taille. Nous considérerons les évolutions réglementaires comme un nouveau contexte, et allons nous intéresser plus particulièrement aux conséquences pour une organisation de travail de l'accueil de personnes désorientées dont la prise en charge – du fait des manifestations de la maladie - est spécifique. L'étude et l'analyse de ces conséquences seront notre fil rouge tout au long de l'étude. Nous porterons notre regard sur les aides soignants et nous demanderons en effet à la fois quelles adaptations dans leur

travail et dans la manière d'organiser le travail ont été nécessaires, et quelles en sont les répercussions sur leur santé ou leur bien-être au travail. Nous questionnerons enfin la place du management dans ces évolutions et adaptations.

Ces questionnements sont vastes et nous sommes conscients que cette étude ne pourra que modestement les effleurer. Le sujet est complexe et nous avons choisi, pour approcher ce que pourrait être une forme de réalité, de passer beaucoup de temps sur le terrain, sous forme d'immersion : observations participantes et non participantes au sein d'un Ehpad durant 7 mois. Elles ont été complétées par des entretiens avec des aides soignants.

Pour éclairer et discuter des observations, nous avons utilisé un certain nombre de concepts théoriques, énoncés dans une première partie. Ils sont présentés de manière très synthétique et cette revue de littérature n'entend pas être exhaustive. Les travaux en sociologie ont permis de mieux comprendre le métier d'aide soignant et ses contradictions. Les notions développées autour du bien-être au travail, mais aussi de la régulation de l'activité fournissent des modèles qui permettront dans une dernière partie de discuter les résultats obtenus.

Partie 1 : Cadre d'analyse

1 Un environnement changeant

Avant d'aller plus avant vers la connaissance des aides soignants et le fonctionnement des organisations, il nous semble nécessaire de présenter, dans un premier temps, le contexte dans lequel évoluent les Ehpad. Ils font en effet face à deux évolutions importantes : des changements réglementaires engageant des évolutions en termes de gestion et une évolution importante des pathologies des personnes accueillies.

.....1.1 Politiques et réglementations

.....1.1.1 Sanitaire et médico-social : évolution des politiques

Ces deux dernières décennies ont vu l'apparition et le développement de nouveaux systèmes de gestion et de management dans le système de santé. Les organismes de tutelles se sont en effet peu à peu tournés vers une logique gestionnaire motivée par une volonté de maîtrise de la productivité. Cette transformation s'est accompagnée d'une attention portée à la qualité des prestations proposées. Toute une batterie d'outils de gestion d'une part et d'outils d'évaluation de la qualité d'autre part évoluent au gré des objectifs fixés.

Ces changements ont touché en premier lieu le secteur sanitaire, et, depuis une dizaine d'année font évoluer le fonctionnement des structures du secteur social et médico-social. Le clivage entre le sanitaire et le social a commencé à s'effacer dans le courant des années 1990[1]. Au cours de ces années, des limites importantes de la loi sociale datant de 1975 sont mises en lumière : aucune mention de droits pour les personnes bénéficiaires et absence de partenariat organisé entre tarificateurs et acteurs.

C'est la loi du 2 janvier 2002[2], dont les objectifs principaux sont d'améliorer les procédures de pilotage entre les gestionnaires et l'administration d'une part, et de garantir les droits des usagers d'autre part, qui viendra répondre à ces faiblesses. Ses objectifs sont déclinés en

[1] L'ordonnance du 24 avril 1996 autorise les établissements de santé à créer et gérer des établissements sociaux et médico-sociaux

[2] Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

différentes mesures concrétisées par des outils et réglementations. Dans le cas des Ehpad, les structures se voient dans l'obligation de contractualiser avec des organismes de tutelle à savoir le Conseil général et l'Agence Régionale de Santé (ARS) via une convention tripartite. Cette convention, signée pour 5 ans, fixe les conditions de fonctionnement de l'établissement, tant sur un plan financier que sur la qualité de la prise en charge des usagers et des soins qui leur sont prodigués. L'établissement propose des améliorations de la prise en charge et négocie le financement de mesures adaptées à celle-ci (recrutement, locaux ou projets d'animation). Les objectifs fixés sont revus à chaque signature, et, lorsqu'ils ne sont pas atteints, les moyens alloués peuvent être revus à la baisse. Le contenu de la convention tripartite est lié au projet d'établissement, autre document incontournable et instauré par la loi de 2002. Il est constitué d'un projet de vie, d'animation et de soin, et décrit le fonctionnement, les objectifs et les modalités de leur évaluation. Il est également révisable tous les 5 ans.

Les Ehpad sont maintenant soumis à des objectifs dont l'atteinte conditionne les moyens. L'atteinte de ces objectifs doit donc pouvoir être évaluée.

.....1.1.2 L'évaluation

Si des référentiels permettant l'évaluation de la qualité de la prise en charge existaient avant 2002 : ANGELIQUE[3] pour le plus connu et utilisé, mais également d'autres référentiels « maison », l'évaluation ne relevait que d'une recommandation. La loi n°2002-2 instaure l'obligation de s'inscrire dans une démarche évaluative pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Cette obligation a été diversement accueillie par les professionnels, elle est en effet à la fois vue comme une tentative de quantification d'un travail avant tout humain, dans un but de rationalisation des coûts, et comme une opportunité pour les professionnels de présenter et légitimer leur travail. Les ESSMS doivent répondre à un calendrier fixé : une auto-évaluation doit être réalisée tous les 5 ans et une évaluation externe, menée par un prestataire extérieur habilité, tous les 7 ans. L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et

[3] Application nationale pour guider une évaluation labellisé interne de la qualité pour les usagers des établissements

médico-sociaux (ANESM) créée en 2007[4] s'est vue confier la mission d'accompagner les ESSMS dans leur obligation d'évaluations internes et externes.

Pour mener à bien cette mission d'accompagnement, l'ANESM a créé des procédures et un référentiel d'évaluation de la qualité, en se basant sur la définition d'un certain nombre de « bonnes pratiques », rassemblées dans des recommandations. Celles-ci recouvrent des thèmes aussi variés que la participation des usagers, la prévention des risques, les relations avec les familles, le soutien aux professionnels, la qualité de vie.

Quant aux droits des usagers, ils sont formalisés dans la charte des droits et libertés des personnes accueillies[5]. Cette charte affirme, entres autres, le principe du consentement éclairé, de la participation, et celui du droit à l'autonomie et à la dignité de la personne. Ces droits doivent être mis en œuvre dans tous les ESSMS et des modalités de participation[6] des usagers et des recours à des médiateurs[7] ont été organisés par la loi.

Les Ehpad ont donc changé de contexte général. Des « niveaux » de qualité sont étudiés et fixés. Ils doivent pouvoir être évalués régulièrement au regard de référentiels fixés au niveau national. La façon dont doivent être prises en charge les personnes accueillies est donc codifiée. En parallèle, les Ehpad ont vu la population accueillie évoluer.

.....1.2 L'accueil de personnes désorientées en Ehpad

.....1.2.1 Maladie d'Alzheimer : incidence et symptômes

En 2013 en France, 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer et 225 000 cas sont diagnostiqués chaque année. A progression constante, le pays risque de compter 1 275 000 personnes atteintes en 2020[8].

La maladie d'Alzheimer a été découverte en 1906 par Aloïs Alzheimer, il s'agit d'une

---

4 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007
5 Arrêté du 8 septembre 2003
6 Le décret du 25 mars 2004 a instauré les conseils à la vie sociale (CVS), instance constituée de représentants du personnel, des familles et des usagers
7 Un recours à des personnes qualifiées désignées dans chaque département par l'ARS et le Conseil général est toujours possible
8 Chiffres et projection issus du site de l'association France Alzheimer : http://www.francealzheimer.org

affection neuro-dégénérative, c'est à dire qu'elle entraîne une disparition progressive des neurones, entraînant une altération des facultés cognitives : mémoire, langage, raisonnement. L'extension des lésions cérébrales cause d'autres troubles venant réduire l'autonomie de la personne atteinte. L'évolution de la maladie d'Alzheimer est progressive mais irréversible. Pour comprendre le travail des aidants qu'ils soient familiaux ou professionnels, il est important de connaître les symptômes de cette maladie. Ils sont de deux types : cognitifs et comportementaux. Les troubles cognitifs regroupe les problèmes de mémoire, de langage (perte totale ou partielle de la capacité à communiquer), de gestes (incapacité à exécuter des gestes bien connus comme écrire puis manger et avaler), et les troubles de la reconnaissance. Sur le plan comportemental, la maladie peut entraîner des troubles affectifs et émotionnels (comme l'anxiété, l'apathie, la dépression) et des troubles du comportement, comme de l'agressivité pouvant se manifester par des gestes ou paroles violents souvent engendrés par un sentiment de menace, des comportements moteurs aberrants, des troubles du sommeil ou de l'alimentation, de la désinhibition ou des idées délirantes.

Le focus est fait sur la maladie d'Alzheimer, pour autant, il existe également des maladies apparentées, d'autres formes de démences moins courantes : la maladie à corps de Lewy qui représente 20% des maladies neuro-dégénérative et se caractérise par une altération du fonctionnement intellectuel, et les démences vasculaires (conséquences d'accidents vasculaires), ou mixtes. Dans cette étude, nous parlerons indifféremment des démences, même si les symptômes de chacune de ces maladies ne sont pas tout à fait identiques.

Si les personnes atteintes de démence restent parfois à leur domicile, lorsque les troubles deviennent trop importants, des solutions de placement sont souvent envisagées. Elles peuvent être accueillies dans des structures dédiées ou des unités spécifiques au sein d'Ehpad ou d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD), appelées Unités d'Hébergement Renforcées (UHR). Le Plan Alzheimer 2008-2012 se fixait un objectif de 5 000 places en UHR et 25 000 places en Pôle d'Activité et de Soin Adapté (PASA), espaces dédiés à l'accueil en journée, de résidents présentant des troubles modérés au sein d'Ehpad. On peut aisément déduire de ces chiffres qu'un grand nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée est accueilli dans des Ehpad ne disposant pas de dispositif dédié à leur accompagnement. D'autant plus que le taux d'atteinte de l'objectif du plan

Alzheimer 2008-2012 se situe à 47% pour les UHR et 43% pour les PASA.

L'évolution est progressive, mais certaine. Les études manquent à ce sujet, mais d'après la directrice de la structure concernée par cette étude, 80% des personnes inscrites sur la liste d'attente pour intégrer la résidence, sont atteintes de démence de divers types, à divers degrés. D'après elle, « c'est vraiment avec force qu'on a vu cette variation des demandes d'entrée en Ehpad, des profils des personnes demandeuses. Auparavant ces dépendances cognitives apparaissaient plutôt au cours du séjour, les personnes entraient avec plutôt des dépendances physiques qui étaient beaucoup plus importantes, et aujourd'hui on voit bien que la dépendance physique n'est plus au premier plan, c'est la dépendance psychique, neurocognitive qui a pris le pas. » (Entretien directrice)

Des politiques publiques ont mis l'accent ces dernières années sur le maintien à domicile des personnes dépendantes. L'organisation des soins à domicile est en effet un choix moins coûteux pour la société et sans doute plus respectueux de la liberté de chacun, y compris dans la grande dépendance et la grande vieillesse. Les personnes accueillies en Ehpad actuellement et depuis quelques années n'ont donc en général plus de possibilités de rester chez elles. Il s'agit souvent de personnes atteintes de maladies dégénératives, puisque, nous allons le voir, leur prise en charge est souvent lourde – même dans le cas d'absence de dépendance physique – et épuisantes pour les aidants familiaux.

.....1.2.2 Spécificités de la prise en charge

Les troubles psychologiques et comportementaux sont une complication très fréquente des maladies d'Alzheimer et apparentées. Ils seraient d'origine somatique pour une part, environnementale d'autre part, ou encore le résultat de la confrontation entre des facteurs environnementaux et des éléments de l'histoire de vie de la personne. Ces troubles se partagent entre troubles dits productifs et troubles non productifs. Les troubles productifs peuvent être envahissants et parfois difficilement supportables pour les aidants, les autres résidents et les équipes. Il s'agit d'agitation, d'agressivité, de désinhibition, de déambulations, cris, de troubles psychotiques. Considérés parfois comme moins dérangeants pour l'entourage mais tout aussi inquiétants, les troubles non productifs rassemblent les dépressions, l'apathie et le repli sur soi. Quels qu'ils soient, pour la santé et

le bien-être de la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer, et pour les aidants et/ou équipes professionnelles dans le cas d'un accueil en structure, ils ne doivent pas être négligés. Pour l'ANESM, « les conséquences des troubles psychologiques et comportementaux, (…) sur la personne mais aussi sur les aidants (détresse, épuisement, risque de maltraitance, etc.) et sur les équipes font de leur prévention et de leur prise en charge un enjeu majeur. »[9].

Cette prise en charge, toujours selon l'ANESM est tout à fait spécifique puisque l'objectif est bien sûr d'accompagner dignement les personnes malades, de leur permettre une vie de qualité en termes de bien être et d'état de santé, tout en étant souvent confronté à la difficulté de reconnaître les besoins et attentes de ces personnes. Pour dépasser cette difficulté, il est nécessaire « d'adapter les compétences et les ressources des professionnels, mais également le fonctionnement et l'organisation, à la population accueillie »[10].

Les professionnels des Ehpad font donc face à deux évolutions fortes influant nécessairement sur leur quotidien de travail : un environnement et des logiques se rapprochant du secteur sanitaire en termes d'objectifs financiers et de logique évaluative d'une part, et une population accueillie qui évolue d'autre part. En outre, la prise en charge des personnes désorientées est spécifique et nécessiterait une adaptation des pratiques professionnelles et de l'organisation de travail. Quelles sont donc ces adaptations et quelles en sont les implications dans une organisation ?

Nous allons présenter les éléments théoriques qui nous permettront d'analyser nos résultats. Le choix a été fait de ne pas s'appuyer sur une théorie qui aurait pu être développée en profondeur mais d'en aborder plusieurs, de manière à couvrir un spectre assez large d'impacts potentiels : sur la conception du métier d'aide soignant, sur le bien-être au travail, sur la formation des règles guidant l'activité, et enfin sur les types de management. Ces concepts sont donc, de fait, peu développés, abordés synthétiquement, peut-être, aussi, un peu superficiellement dans le cadre - limité - de cette étude.

---

[9] Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, « L'accompagnement des personnes atteintes d'un maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », ANESM, 2009

[10] *Id.*

2 Cadre théorique

.....2.1 Approcher le métier d'aide soignant

Nous allons parler d'aides soignants tout au long de cette recherche. Il nous a donc semblé nécessaire de parcourir les travaux, notamment en sociologie, présentant les aides soignants, particulièrement en gériatrie, leur travail, les difficultés et contradictions auxquelles ils font face. Et surtout, nous avons souhaité abordé le travail réel des aides soignants, au delà du vocabulaire de la qualité, de l'esthétique des mots, nous avons voulu et essayé de rendre tangible une réalité du prendre soin des corps meurtris, vieillis.

.....2.1.1 Qui sont les aides soignants ?

S'intéressant aux aides soignants, qu'elle considère comme relativement invisibles – au moins dans le cadre hospitalier – Anne-Marie Arborio (2001) met en évidence les caractéristiques de cette profession. Les aides soignants sont à 90% des femmes, issues en majorité des classes populaires. Le métier d'aide soignant a été créé dans les années 1950 dans le but de décharger les infirmières de certaines tâches plutôt domestiques. Historiquement, le travail aide soignant s'inscrit donc dans un processus de délégation des tâches du médecin vers l'aide soignant en passant par l'infirmier. Situés en bas de l'échelle des soins, les aides soignants effectuent des tâches d'exécution en délégation et en collaboration avec l'infirmier.

Initialement, les aides soignants étaient formés par l'expérience et par leurs pairs, un Diplôme Professionnel d'aide soignant a vu le jour en 1996, actant d'un certain nombre de compétences et savoirs faire indispensables à l'exercice de ce métier. Le souci de professionnalisation est constant et croissant puisque des revues professionnelles ont vu le jour dans les années 1990 et 2000 (*L'aide-soignante* et *Soins Aide-soignantes*), ainsi que plusieurs associations professionnelles oeuvrant pour la promotion, la valorisation ou la reconnaissance de la profession aide soignante.

Dans les faits, les aides soignants sont issus de parcours académiques et professionnels variés. La voie la plus classique actuellement est la formation d'aide soignant dispensée dans les Instituts de Formation au métier Aide Soignant (IFAS), d'une durée d'une année

environ et accessible sur concours. Nombre d'Agents de Service Hospitalier (ASH) deviennent aides soignants, par des validations des acquis de l'expérience (VAE) et l'obtention de modules complémentaires. Dans certaines structures sanitaires ou médico-sociales, d'autres diplômes donnent accès aux postes d'aides soignants comme celui d'Aide médico-psychologique (AMP). Pour finir, certaines personnes réalisent des tâches aides soignantes en tant que « faisant-fonction », elles ne possèdent pas de diplôme, ou bien sont titulaires d'autres diplômes liés aux soins aux personnes tels que celui d'Auxiliaire de Vie Sociale.

Par delà de ces parcours variés, les aides soignants forment-ils un groupe homogène ? Anne-Marie Arborio (2001) note quatre caractéristiques les rassemblant malgré tout. Les aides soignants se situent tout d'abord en bas de l'échelle hospitalière, dans une position intermédiaire entre infirmières et ASH, ils sont dans ce cadre, en charge de « la face cachée du processus thérapeutique » (Arborio, 2012), c'est à dire des tâches les plus basses de la prise en charge que Arborio nomme parfois le « sale boulot » (*dirty work*), citant le sociologue Everett Hughes. Leur travail nécessite aussi des compétences relationnelles, beaucoup mises en avant par les aides soignants. Si le travail aide soignant est constitué des tâches déléguées par les infirmiers, et, sous leur contrôle, il reste toutefois à l'aide soignant une marge d'appréciation et une certaine autonomie dans la détermination des actions à mener. Enfin, et ce point est lié au précédent, au métier d'aide soignant sont attribués des savoirs « prendre soin » et « savoir-lire le social », qui correspond à la capacité à comprendre le besoin d'un patient sans ou avant qu'il l'ait exprimé explicitement.

.....2.1.2 Aide soignant, un métier de soin, un métier d'aide

Si les aides soignants peuvent revendiquer, par rapport à d'autres professions de soignants, la présence la plus importante - en termes de temps passé - au chevet des patients, ils cherchent paradoxalement à valoriser davantage les aspects techniques que relationnels, de leur profession.

Curieusement, les soins sont en effet ainsi divisés : les soins dits techniques, gestes et manipulations appris en formation (réalisation d'une toilette intime, mobilisation des personnes, transferts, types de toilettes, etc.), et les soins « relationnels ». Pour Lise Causse

(2008), il existe une forme de fascination des aides soignants pour le pouvoir médical qui les pousse, pour s'en approcher, à valoriser les aspects techniques de leurs pratiques. Dans des moments d'intensification de l'activité, les aides soignants auraient tendance à clairement opérer une coupure entre la relation et le soin, « les relations de soins sont conçues en surplus du geste technique au lieu d'être intégrées et articulées à lui. Elles vont apparaître comme un « supplément d'âme » pouvant facilement être supprimé quand la charge de travail s'accroît.» (Causse, 2008). Ses observations dans des établissements pour personnes âgées montrent que des identités professionnelles se créent autour de cette division des tâches, stigmatisant les aides soignants priorisant la relation. L'évaluation du travail aide soignant serait aussi en cause, en effet, en se concentrant sur des critères visibles et mesurables du travail, elle contribuerait à accentuer l'attention portée à la technicité au détriment du soin relationnel (Lise Causse, 2006).

Marie-Annick Delomel (1999) explique en partie ce constat par l'hégémonie du tout médical, contexte dans lequel les aides soignants ont toujours eu l'impression d'être des « sous infirmiers ». Dans ces conditions, le contact avec les corps abîmés et souillés ne peut trouver son sens que dans le cadre d'une inscription dans une prise en charge médico-technique.

Pourtant, au delà du soin, le métier d'aide soignant est un métier du « prendre soin », c'est l'idée de la fameuse différence faite en anglais entre *cure* et *care*. Prendre soin ne relève pas de la seule technicité, prendre soin est un mélange subtil de pratiques, d'émotions, de présence à la personne.

.....2.1.3 Métier du *care*, un nécessaire engagement ?

Dans la littérature parcourue, les métiers relevant de la relation de l'aide à l'autre sont désignés sous le terme de métier du *care*. Ils rassemblent les métiers du soin, du secteur social mais aussi de l'éducation et désignent les pratiques relevant de la prise en charge de la dépendance, c'est à dire de « tout ce qui peut être fait pour un autre qui ne peut être fait par lui-même » (Edey Gamassou, 2012). Ces métiers du *care* présentent la particularité d'être à la fois valorisés, considérés comme essentiels, ils sont susceptibles de susciter des vocations, et, dans le même temps, ils souffrent d'une forte désaffection.

Les travailleurs du *care*, en participant directement à la préservation, au développement de la vie, s'impliquent nécessairement dans leur travail comme peu d'autres professionnels en ont l'occasion. Les métiers du *care* sont, pour ces raisons, d'après Claire Edey Gamassou, à la fois gratifiants et aliénants. Cette ambivalence, nous le verrons plus tard, est, selon elle, source de stress, notamment pour les soignants. Lise Causse (2008), dans la même idée affirme que le métier d'aide soignant est d'une telle exigence qu'il peut relever du « sacrifice de soi » qui demande une certaine reconnaissance, d'autant plus forte que le prestige social l'entourant est plutôt faible. Elle insiste sur le type d'engagement, inscrit dans le besoin, des aides soignants :

« Le besoin de donner et de faire pour quelqu'un, de se sentir utile, de se dévouer, nous a été présenté plusieurs fois comme au fondement des histoires de vie. Le besoin d'exister est confondu avec celui de faire pour l'autre. Cela devient une manière d'être qui s'inscrit dans un prolongement de soi, que l'on retrouve au cœur de l'engagement professionnel» (Causse, 2008, p. 87)

Mais jusqu'où peut aller le don de soi ? Lise Causse (2008) présente des portraits d'aides soignants illustrant des dérives d'un investissement fort dans un échange s'en trouvant déséquilibré. Une telle abnégation peut mener à une recherche parfois vaine de reconnaissance. Dans cette recherche de gratitude, le résident demandeur peut devenir hostile au soignant. Le renoncement à soi est aussi une cause de surmenage souvent dommageable pour la santé physique et psychique des soignants.

Pourtant le rapport d'aide n'est pas nécessairement synonyme de renoncement à ses propres désirs et limites. C'est la connaissance et la conscience de ceux-ci qui permettent la rencontre équilibrée avec la personne dépendante. Cette forme de distance – qui selon Lise Causse ne doit pas être une distance neutre et froide – donne les clés de l'engagement du soignant, de la responsabilité envers l'autre.

.....2.1.4 Travail réel, souffrance et défenses

« Il y a une censure sociale à échanger et écrire sur les expériences concrètes et quotidiennes que vivent les aides soignantes qui ont entre leurs mains des corps humains qui « puent, hurlent, s'agrippent » (Saillant, 1993).» (Causse, 2008, p.98).

Du travail réel des aides soignants, on parle peu. Cela obligerait tout le monde, soignants, observateurs, lecteurs, à se confronter aux situations réelles, des situations qui peuvent provoquer du dégoût, des mouvements de rejet. Cela renvoie aussi chacun à sa propre fin. Le travail en gériatrie occupe une position particulière dans l'univers du soin : le patient ne guérira pas, et les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer sont irréversibles et progressent inéluctablement. Les aides soignants sont donc placés dans le rôle d'accompagnants d' « individus dans le terrible voyage vers la perte des repères et de la conscience » (Maintier, 2008, p.85). Devoir renoncer à guérir une maladie, faire le deuil de cet idéal de soignant est source de souffrance (Ploton, 1990). Les aides soignants sont donc confrontés à un travail réel difficile, parfois indicible, alors même que guérir le patient n'en est pas l'horizon :

« La souffrance éprouvée face au réel du travail est particulièrement pesante quand tout ce qui est mis en œuvre pour lutter contre la maladie dégénérative et la mort est mis en échec » (Gernet, Chekroun, 2008, p. 45)

Devant ces difficultés, comment se préserver soi et préserver le patient de mouvements de rejets ? Différents mécanismes de défenses ont pu être observés chez les soignants.

Lise Causse (2006) a mis en exergue, dans ses observations en établissements pour personnes âgées, le procédé de routinisation. Pour rendre l'inacceptable ou l'insupportable possible, l'aide soignant peut s'enfermer dans une forme de froideur vis à vis du patient, en accomplissant mécaniquement les soins, de manière « robotique ». La rigidification dans cette posture défensive se caractérise par une perte du regard de l'autre, rendu objet.

La loi du silence ou le fait de ne pas parler du réel pour penser qu'il n'existe plus est également un procédé d'évitement. Pour faire face au concret de la toilette, à la réalité de la confrontation aux corps, il existe le refuge de l'idéal, derrière les mots, tous les mêmes, de la qualité, de ce qui devrait être. Se cacher derrière des stéréotypes permet en effet de repousser une réalité dérangeante (Marie- Annick Delomel, 1999) sur laquelle il est difficile de mettre des mots.

Pour protéger les patients de négligences ou de pratiques maltraitantes, souvent attribuées au manque de compétences des aides soignants (Gernet, Chekroun, 2008), ceux-ci sont incités à davantage de prise de distance, et de professionnalisme dans leurs pratiques. Cette

position permettrait l'empathie sans les affects. Pourtant pour Pascale Molinier, c'est de l'Amour et de la tendresse pour les patients que viendrait la force de prendre soin (Molinier, 2013). En effet dans des situations de travail difficilement soutenables, le fait de rendre l'autre semblable, de faire de la personne dont on va nettoyer les souillures, masser la peau abîmée, quelqu'un de proche, rend le soignant moins susceptible de la brutaliser. Ce point n'est pourtant pas, selon elle, partagé par les cadres du secteur :

« L'amour gâcherait le professionnalisme, il lui serait en tout point antinomique. Cette opinion est très ancrée chez la plupart des cadres du secteur médico-social et se formule dans une prescription de régulation des affects : il ne faudrait s'attacher ni aux malades, ni aux enfants, ni aux vieillards. C'est la fameuse « bonne distance » où il convient certes d'être « empathique » ou bienveillant, mais de façon professionnelle.» (Molinier, 2013, p.172).

Cette première approche par la revue de littérature, principalement sociologique, du métier d'aide soignant, nous place face à différentes notions relatives au mal-être des aides soignants dans leur travail, en lien avec leur implication dans celui-ci et ses conséquences pour les soignants comme pour les patients. Il convient donc de poser un cadre théorique sur ces concepts.

.....2.2 Bien-être au travail : éléments théoriques

Nous allons aborder, dans un premier temps les éléments relatifs à la santé, notamment psychologique, au travail, en s'attardant sur les notions de stress et d'épuisement professionnel.

.....2.2.1 Le stress professionnel

L'Accord National Interprofessionnel du 2 juillet 2008 propose cette définition du stress : « un état de stress intervient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». Rappelant que tous les individus ne sont pas égaux devant

des facteurs de stress identiques, et qu'il est difficile sinon impossible de départager les origines d'ordre privé ou professionnel sur le stress au travail, quatre principaux facteurs de stress sont malgré tout listés :

- les facteurs liés à l'organisation et aux processus de travail,
- les conditions de travail,
- la qualité de la communication (avec la hiérarchie et les pairs),
- des facteurs subjectifs qui vont faire varier l'incidence des facteurs précédents.

Le stress pourrait stimuler la productivité des salariés lorsque l'objectif est considéré comme atteignable (Kanji, Chopra, 200911), mais dans la plupart des cas, il met en cause l'intégrité physique et la santé mentale des salariés. Les implications d'un niveau élevé de stress seraient de trois ordres : des conséquences physiologiques (maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques, etc.), des conséquences psychologiques (dépression, anxiété, etc.), et le développement d'addictions – ayant elles-mêmes des conséquences sur la santé (Troutin & *al*, 201012)

Il existe de nombreuses théories cherchant à expliquer les origines du stress professionnel, dans le cadre de cette étude, nous nous arrêterons sur deux d'entre elles.

.....2.2.1.1 *La théorie des ressources*

Selon la théorie des ressources de Hobfoll (1989, 1993), les individus cherchent à maintenir ou accroître leur niveau de ressources, qu'elles soient financières, sociales, temporelles, cognitives, mais aussi des caractéristiques ou énergies auxquelles on va donner de la valeur. Le stress intervient en situation de perte de ressources, de menace de perte, ou d'investissement sans retour de gain de ressources.

Cette théorie fournit une grille d'analyse applicable à des situations variées, relativement complète, et dans laquelle peuvent s'inscrire différentes sources de stress répertoriées dans la littérature (Edey Gamassou, 2004). Les pertes en ressources peuvent se caractériser par des détériorations de relations interpersonnelles (conflits, interactions négatives), mais

[11] Auteurs cités par Gintrac, 2011
[12] *Id.*

également par des changements dans les organisations (restructuration, mobilité). Les changements en eux-mêmes ne sont pas nécessairement stressants, mais ce sont bien les pertes qui y sont liées qui constituent une diminution des ressources. Le gain de ressource quant à lui a son importance car il permet de prévenir la perte ou d'en amoindrir le risque, il vient donc réduire la vulnérabilité des individus. Les ressources sont aussi variées que l'aisance financière, la confiance en soi, la sécurité de l'emploi. Gagner en ressources est doublement positif puisque cela vient diminuer la fragilité d'une position d'une part et que la simple possession de certaines ressources est socialement valorisée d'autre part.

Selon le modèle de Hobfoll, les individus vont chercher à compenser la perte de ressources par d'autres ressources. On va parler d'investissement de ressources : par exemple on va investir en estime de soi et en temps pour gagner en statut professionnel. Lorsque l'investissement n'est pas suivi d'un gain, la situation est source de stress, d'autant plus si la ressource investie diminue – ce qui n'est pas toujours nécessairement le cas.

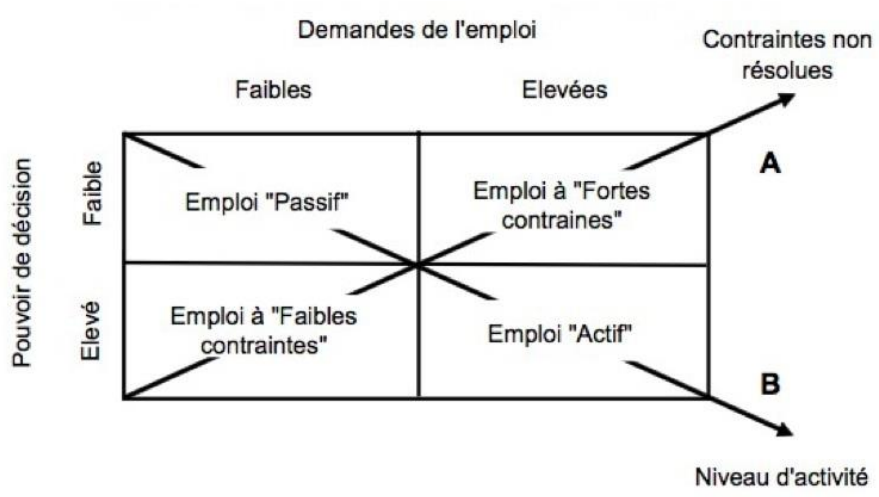
Ce modèle est utile pour analyser des situations de stress professionnel car « la plupart des gens attendent un retour formel ou implicite de leur travail, et cependant des circonstances ont tendance à frustrer ces attentes ». (Edey Gamassou, 2004)

.....*2.2.1.2 Le modèle du stress de Karasek*

Karasek (1979) s'intéresse à la mesure du stress auquel est soumise une personne dans une organisation. Il met pour cela en lien l'intensité des demandes à laquelle est confronté le salarié avec la latitude décisionnelle dont il dispose pour y répondre. Il introduit également une troisième variable, le soutien social du salarié (matériel, émotionnel, informationnel). Karasek propose ainsi une grille de lecture permettant de classer des activités selon leur niveau de stress. En effet, selon lui, une activité pour laquelle la pression de la demande sur l'individu est forte, mais sa latitude décisionnelle faible, est source de stress. Ce déséquilibre peut être accentué par un soutien social faible.

Karasek a établi un questionnaire permettant de situer les activités sur les échelles de la demande de l'emploi et du pouvoir de décision. Sur le schéma suivant, les emplois définit comme étant « à forte contraintes » puisque caractérisés par à la fois une certaine intensité, un temps contraint, un morcellement des tâches et par une très faible latitude décisionnelle

sont considérés comme déséquilibrés et sources de stress (Gintrac, 2011). Le travail de caissier ou de serveur seront dans ce cas puisque la pression de la demande est forte (rapidité, précision, tâches répétitives, contact direct avec le client) alors que les latitudes de décision sont relativement faibles.



Dessin 1: Modèle de Karasek des contraintes de l'emploi (source : Gintrac, 2011)

Que se passe-t-il si le stress s'accumule ? Quelles en sont les conséquences ?

.....2.2.2 Vers l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel, ou *burn out*, est lié à l'accumulation de stress et a été décrit et étudié initialement chez les professions de soignants. Pour Freudenberger et Richelson (1980), qui ont introduit le concept, le *burn out* se développe quand les individus ont une image idéalisée d'eux-même, se perçoivent dynamiques et compétents et finissent par « perdre le lien avec leur soi véritable » (Moisson, 2009, p.52).

Maslach (1996) a étudié l'épuisement professionnel et en a dégagé trois caractéristiques principales, observées auprès de professionnels engagés dans la relation d'aide : l'épuisement - ou l'assèchement - émotionnel, la dépersonnalisation, et le sentiment de faible accomplissement personnel. Le premier point correspond à une sensation de vide intérieur, d'incapacité à donner pour quelqu'un d'autre. La dépersonnalisation est relative à

des attitudes négatives vis à vis de clients ou patients, de cynisme. Enfin, les personnes touchées par l'épuisement professionnel ont l'impression que les efforts produits dans le travail n'ont pas ou plus de résultats, sentiment qui affecte profondément la motivation dans le travail et, au delà, l'estime de soi. Maslach a établi un questionnaire en trois dimensions dont l'objectif est de mesurer l'épuisement professionnel.

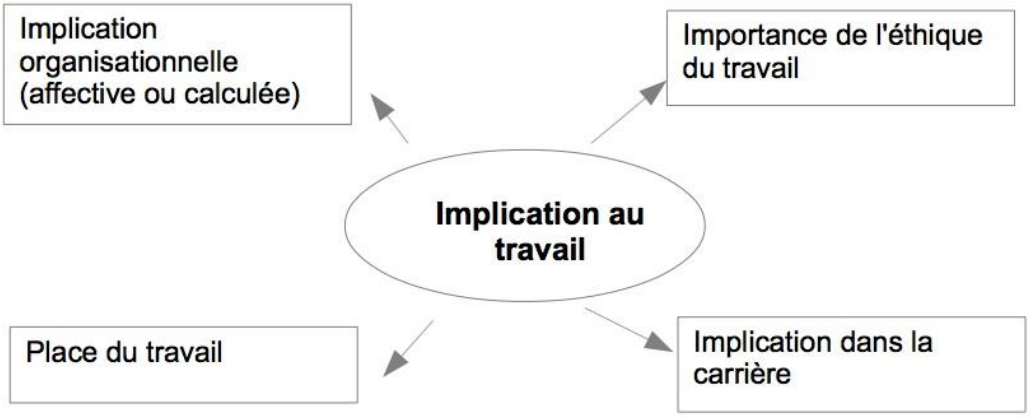
Nous avons vu que certains auteurs considéraient l'implication au travail comme constitutive du métier aide soignant, il nous semble donc nécessaire de proposer un point de présentation de cette notion.

.....2.2.3 Implication au travail

« L'implication n'est pas un sentiment fugitif mais un type de relation à son travail » (Edey Gamassou, 2004, p.13)

L'implication permet d'appréhender les liens entre un individu et son travail, l'organisation et son environnement. Selon les personnes, les moments, les organisations, elle peut être aussi bien associée à des situations de stress professionnel qu'à des sentiments d'excitation et d'accomplissement. Il convient de distinguer l'attitude – l'évaluation positive ou négative d'un objet – de l'implication comme comportement – les actions réelles et visibles en lien avec l'objet en question (Edey Gamassou, 2004).

Morrow (1983) a proposé, dans un premier temps, cinq facettes à l'implication (concept du *work commitment*) portant sur : les valeurs du travail (éthique), la carrière (importance donnée également à la profession), le travail (place du travail dans la vie quotidienne), l'organisation (loyauté), et le syndicat. Cette catégorie a été supprimée par la suite et la typologie suivante est établie en 1993 :



Dessin 2: Typologie de l'implication (D'après Morrow, 1993)

Il existe de nombreuses échelles de mesure, se proposant d'évaluer l'implication dans le travail, développant en particulier l'implication organisationnelle et ses composantes et déterminants qui ne seront pas développés ici. Un certain nombre de recherches, essentiellement statistiques, mettent en exergue des déterminants, dont la liste est longue et hétérogène, sans pour autant fournir de modèle ou de leviers d'action managériaux (Biétry, 2012). Nous pouvons cependant en citer quelques uns parmi les principales catégories : des caractéristiques personnelles (niveau d'éducation, l'âge, le sexe, le statut marital, l'ancienneté, le salaire, etc.), celles concernant le poste en question (étendue du poste, autonomie, utilité attendue pour la carrière, etc.), les états des rôles (ambiguïté, surcharge, conflit), les relations groupe/leader (cohésion de groupe, leadership, interdépendance des tâches, perception des pratiques de l'entreprise, etc.), et enfin les caractéristiques de l'organisation (la taille, le degré de centralisation, le climat social) (Neveu et Thévenet, 2002, cités par Edey Gamassou, 2004).

Toujours selon Morrow (1993), l'absentéisme, la rotation importante du personnel, la réduction des efforts, l'insatisfaction au travail, ou la non-mobilité seraient des conséquences d'une implication insuffisantes. D'autres auteurs – cités par Edey Gamassou, 2004 – ont travaillé sur les effets de l'implication organisationnelle. Ainsi Mathieu et Zajac (1990) ont établi qu'un grand nombre de ces conséquences peuvent être regroupées sous la

notion plus générale de performance. Elles sont divisées en trois grandes catégories dans les travaux de Meyer et Allen (1997) : le retrait, les comportements productifs et le bien-être des salariés.

Des niveaux faibles d'implication, comme de très forts – nous l'avons vue précédemment pour certains aides soignants – peuvent avoir des conséquences directes mais aussi indirectes – via le bien-être des salariés - pour l'organisation, notamment en termes de performance.

.....2.2.4 Coûts cachés, performance et bien-traitance

Si les travaux de recherche sur le bien-être et l'implication au travail ne sont pas récents, les préoccupations des organisations – et plus largement de la société - pour leurs conséquences sur leur propre performance sont relativement nouvelles.

.....2.2.4.1 *Une préoccupation montante pour le bien-être au travail*

En 2002, l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles chiffrait le coût du stress en France et de manière globale de 800 000 à 1,6 millions d'euros, cette estimation rassemblant le coût des pathologies, de l'absentéisme, des décès prématurés, et des cessations d'activité prématurées.

En 2008, le rapport Nasse & Légeron sur les risques psycho-sociaux, entendus comme une diversité de risques « de type circulaires ou systémiques », au premier rang desquels, le stress, atteste d'une préoccupation croissante pour ce type de risque et de la volonté des pouvoirs publics de les mesurer et les prévenir.

L'accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail propose une définition de celle-ci ; il s'agirait de l'ensemble des "conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s’exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci [qui] déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte".
L'ANI du 19 juin 2013 met en évidence le lien entre bien-être au travail et performance : "La compétitivité des entreprises passe notamment par leur capacité à investir et à placer leur confiance dans l’intelligence individuelle et collective pour une efficacité et une

qualité du travail. Elle dépend aussi de leur aptitude à conjuguer performances individuelles et collectives dans le cadre du dialogue social. La qualité de vie au travail contribue à cette compétitivité".

.....2.2.4.2 *La notion de coûts cachés*

Les dysfonctionnements dus à un mal-être, une mauvaise santé des salariés, entraînent donc des perturbations dans l'organisation, qui, sans apparaître dans le système comptable, n'en ont pas moins d'effets financiers parfois conséquents et souvent invisibles. Il s'agit des coûts cachés. Savall et Zardet (2010) différencient les surcharges que sont les sursalaires, les surconsommations, et les non-produits, c'est à dire les absences de production. Selon eux, il est nécessaire d'être attentif à un certain nombre d'indicateurs pour déceler les coûts cachés d'une organisation : l'absentéisme, les accidents de travail, la rotation du personnel, la non qualité, un mauvais climat, ou une perte de confiance du personnel. Ainsi Henri Savall, Véronique Zardet, Denis Fièr et Renaud Petit (2011) ont mis en évidence que l'absence de coopération à l'hôpital, entre les différents corps de métier générait de nombreux dysfonctionnements et donc de coûts cachés sous la forme de pertes d'efficience et de qualité des soins moindre.

.....2.2.4.3 *La maltraitance, un coût caché ?*

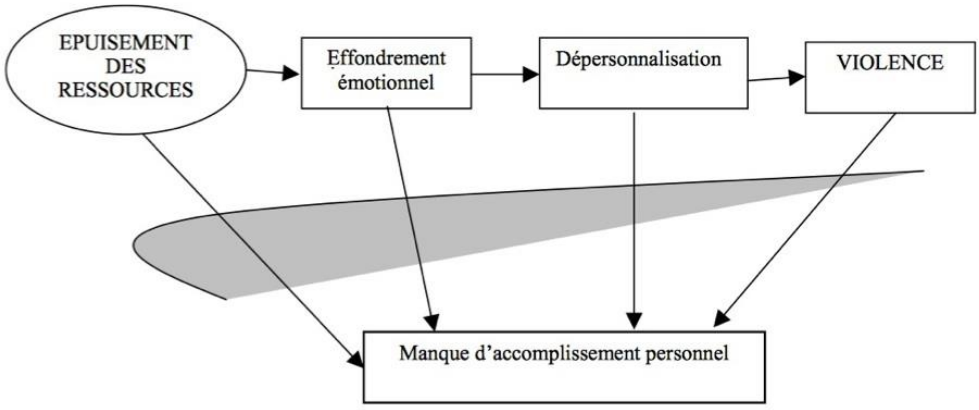
Au delà de la santé des salariés, des coûts pour l'établissement, les risques identifiés, majeurs, importants, et médiatisés sont les dérives maltraitantes à l'endroit des personnes vulnérable, par les professionnels qui sont en charge de leur bien être. La définition de la maltraitance retenue par l'ANESM est celle du Conseil de l'Europe, à savoir une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière »13. La maltraitance peut prendre différentes formes : violences physiques, psychiques, médicales, négligences actives ou passives, privations de droits ou violences matérielles – vols par exemple.

---

[13] Recommandations de bonnes pratiques, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », ANESM, 2008

Nous avons vu qu'un stress important était une cause d'épuisement professionnel caractérisé, entre autre, par des comportements cyniques liés à une dépersonnalisation. Lorsque ces situations touchent des professionnels de la relation d'aide, l'épuisement professionnel peut se traduire par des comportements agressifs et/ou des négligences (Neveu, 2006).

Il conviendrait alors d'appréhender les conséquences de la santé au travail sous un angle de « qualité totale », dépassant l'application de normes.



Dessin 3: Du burn out à la violence : hypothèse de modélisation - Neveu, 2006

Nous voyons que certaines situations de maltraitance d'usagers pourraient être mises en relation avec des questions de stress et d'épuisement professionnel. Nous faisons donc l'hypothèse que les « coûts » de la maltraitance – qui sont multiples – relèvent, dans une certaine mesure – et dans une certaine mesure uniquement - de coûts cachés de la santé au travail

Au delà des coûts cachés, et, de manière positive, on parle de performance par le bien-être au travail, le bien-être ayant une influence positive sur la créativité, l'engagement au travail et la propension à travailler en équipe. Le bien-être au travail pourrait être entendu comme « un art de vivre ensemble dans les difficultés quotidiennes en mêlant performance et plaisir de travailler » (Beaucourt, Louart, 2011, p.17). Selon Beaucourt et Louart (2011), dans le cadre des établissements de santé, c'est le bien-être du collectif de soignants qui va

être déterminant dans la performance. Il convient donc d'examiner, ce qui, d'après la revue de littérature, fonde les rapports entre les salariés dans un collectif et ce qui se crée pour permettre l'activité réelle.

.....2.3 Le soignant dans le collectif

Dans un établissement de soin, comme dans toute organisation, il existe une différence entre le travail réel et le travail prescrit. Quotidiennement, les soignants doivent effectivement adapter les soins, et surtout la méthode suivie pour les prodiguer afin de s'adapter aux besoins, à l'état du patient, au contexte et aux contraintes de l'organisation.

« Les professionnels de santé doivent affronter un réel difficilement « scénarisable ». Il y a beaucoup de spécificités, d'aléas, de situations non répétables ce qui conduit à des exigences plus élevées de communication opérationnelles entre professionnels ». (Beaucourt, Louart, 2001, p. 117)

Nous allons nous intéresser, dans un premier temps, aux dynamiques d'ajustement des actions des acteurs d'une organisation, puis nous nous pencherons sur les formes de coopérations entre soignants au travers de la notion de *care collectif*. Enfin, nous présenterons des modes managériaux encourageant la coopération et la régulation conjointe.

.....2.3.1 La théorie de la régulation sociale

La théorie de la régulation sociale a été élaborée par Jean-Daniel Reynaud (1997, 1999) et continue d'être explorée et étendue par de nombreux auteurs. Cette théorie, dans la lignée d'autres auteurs en sociologie des organisations, tel que Crozier, postule que les acteurs d'une organisation produisent le système dans lequel ils évoluent, et ne sont pas déterminés par des contraintes extérieures. Dans ce cadre, les acteurs sont doués d'une certaine rationalité, comprise comme un sens donné aux comportements, et leurs actions sont régies par des règles qui évoluent.

La théorie de la régulation sociale permet d'analyser la façon dont l'action collective s'élabore et évolue dans une organisation, en prenant appui sur la notion de régulation. Cette grille de lecture nous semble pertinente dans le cadre de notre analyse pour

appréhender les interactions entre les acteurs au travers de la formation des règles qui guident l'action collective. En effet, Reynaud montre que ce ne sont pas les règles en elles-même qui permettent de comprendre l'organisation, mais bien la régulation, c'est à dire la vie des règles, la dynamique qui les fait émerger, évoluer, disparaître. Il parle de système de régulation. Ils peuvent être de différents ordres, et différents systèmes peuvent se côtoyer ou s'opposer dans une même organisation.

Ce qui définit la règle c'est principalement la contrainte de sanction qui y est liée. Cette sanction peut mobiliser la loi, l'institution, mais aussi la pression du groupe et le pouvoir d'exclusion de celui-ci. La règle est également caractérisée par sa légitimité, liée à l'efficacité de la règle dans le projet de l'organisation. Il faut préciser ici que selon Reynaud, les règles n'ont de sens que dans le cadre d'un projet, et ne lui pré-existent pas, et que l'ensemble des règles constitue le groupe qui les partage, qui devient alors un acteur collectif.

Nous avons vu que ce qui permettait la compréhension des organisations était la dynamique des règles. En effet, l'action collective n'est possible que si le groupe accepte et partage une forme de régulation commune – quelle qu'elle soit. Les deux types de régulation principaux sont les suivants : la régulation de contrôle, qui concerne ce qui est formel et issu de règlements, et la régulation autonome relevant plutôt des pratiques réelles, du terrain, de l'informel.

La rencontre de ces types de régulation, la régulation conjointe, s'effectue forcément par la négociation, comprise comme « tout échange où les partenaires cherchent à modifier les termes de l'échange, toute relation où les acteurs remettent en cause les règles et leurs relations » (Reynaud, 1995). La négociation est nécessairement explicite. Le conflit est un détour parfois nécessaire pour contester les règles et arriver à la négociation qui permet la régulation conjointe.

La règle est « apaisante » pour Reynaud. Elle donne des repères et du sens. Au contraire, l'anomie, soit l'affaiblissement des règles, peut mettre en péril l'action collective. L'anomie lourde, c'est à dire des situations de fragilisation de la régulation, peut intervenir en cas de contrôle trop important mais aussi en situation d'affaiblissement de la régulation légitime.

Dans le cadre de cette étude, il sera intéressant de se pencher sur la façon dont les règles

structurant l'activité réelle des aides soignants sont élaborées afin de comprendre leur mode de régulation, particulièrement dans un contexte d'adaptation des pratiques professionnelles.

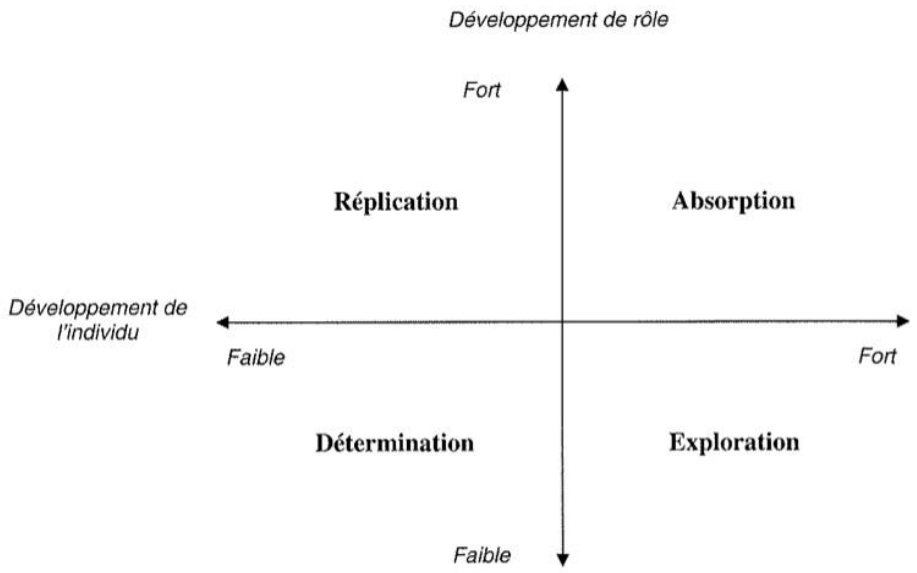
.....2.3.2 Une approche par le rôle

D'autres théories peuvent être mobilisées pour déchiffrer le comportement des acteurs dans l'organisation et analyser ce qui les fait agir. C'est le cas de l'approche par le rôle. Cette notion est en effet pertinente pour comprendre des situations réelles qui sont comprises comme le produit d'une rencontre entre un individu, un collectif de travail et une organisation formelle : « le rôle est la résultante d'interactions entre un individu et son contexte d'action » (Burelier, Valette, 2009, p.2). La notion de rôle emprunte à la « métaphore théâtrale » en ce sens qu'il est le produit d'éléments liés à la pièce (le contexte, l'organisation formelle), mais aussi de ce qui relève de l'interprétation individuelle et collective. Le rôle se traduit par des « attentes à l'égard de l'individu » (Burelier, Valette, 2009).

Les travaux initiaux autour du rôle, dans une perspective psycho-organisationnelle, ont été menés par Kahn (1964), et poursuivis par différents chercheurs. Selon cette approche, les individus, dans une organisation, sont amenés à jouer plusieurs rôles – selon les points d'interactions - et cela peut générer des tensions. Elle sont liées à l'ambiguïté de rôle d'une part, « une mauvaise définition des rôles [qui contribue] à « perdre » l'acteur au sein de ses activités » (Burelier, Valette, 2009, p.4), et le conflit de rôle d'autre part. Dans ce cas, c'est « l'incompatibilité entre les activités » qui entraîne une « dissonance cognitive » chez les acteurs.

Dans une perspective d'adaptation au changement et de transition, Burelier et Valette (2009) ont utilisé la grille d'analyse de Nicholson (1984) pour comprendre et analyser la conformité des médecins au nouveau rôle attendu ou prescrit de responsable de pôle dans un établissement de santé. Nicholson part du principe qu'il n'y a pas toujours une adaptation préalable entre l'individu et les attentes du nouveau rôle prescrit. Pour parvenir à un ajustement, les individus ont deux possibilités : faire évoluer leur environnement et l'organisation pour les mettre en adéquation avec leurs exigences personnelles ou bien

l'inverse, à savoir s'adapter pour s'ajuster au rôle et ses attentes. A partir de ce constat, il construit une grille d'analyse listant quatre comportements possibles de l'acteur face à l'évolution des attentes de son rôle : la réplication, l'absorption, la détermination et l'exploration. Burelier et Valette (2009), à l'issue de leur étude concernant les médecins



Dessin 4: Grille d'analyse de l'ajustement au rôle (Burelier, Valette d'après Nicholson, 2009)

responsables de pôle le représentent selon le dessin suivant.

L'approche par le rôle peut permettre l'analyse des comportements d'ajustement des acteurs, en particulier dans des situations de changement des rôles ou d'évolution de certaines attentes vis à vis de ces rôles.

Après avoir passé en revue ces théories donnant des clés d'analyses concernant le processus de formation de l'activité dans une organisation, par la dynamique de la régulation, et les stratégies d'ajustement développées par les individus face à une évolution des attentes vis à vis de leur rôle, nous allons envisager la question sous l'angle du management, en se demandant ce qui, au niveau du management, peut encourager la régulation conjointe et permettre une meilleure adéquation entre le prescrit et le réel afin de limiter les tensions potentiellement dégagées par des ambiguïtés ou des conflits de rôle.

.....2.4 Une approche managériale

.....2.4.1 La responsabilité de la qualité empêchée

« L'organisation du travail ne délivre pas les ressources dont les salariés ont besoin pour faire un travail de qualité ni même pour déterminer en quoi consisterait un pareil travail » (Clot, 2010)

Pour Yves Clot (2010), la multiplication des prescriptions, la pression du temps liée à une intensification du travail et les injonctions contradictoires ont des conséquences sur la qualité du travail, et l'organisation ne donne par les moyens aux salariés de construire des compromis sur la qualité de leur activité. Le fait de ne pas pouvoir fournir un travail de qualité, ni même parfois d'avoir les moyens de réfléchir à ce que pourrait être ce travail, installe les salariés dans une souffrance professionnelle : « la souffrance n'est pas d'abord le résultat de l'activité réalisée. C'est ce qui n'est pas fait qui entame le plus. La souffrance trouve son origine dans les activités empêchées ». (Clot, 2010, p.165).

Clot met donc le management face à deux responsabilités indirectes : celle d'une certaine souffrance des salariés empêchés de « bien faire » du fait des contraintes organisationnelles et de l'absence de discussions au sujet de la qualité du travail, et celle d'une insatisfaisante qualité du travail réalisé.

En effet, ce qu'il appelle la « dispute professionnelle », à savoir la mise en discussion du travail, fait entrer le collectif et les compromis élaborés ensemble, à l'intérieur de chacun des professionnels. Concernant les soignants en gériatrie, il repère que « le collectif de métier n'est ni plus ni moins qu'un instrument de travail qui « contient » les gestes de chacun » (Clot, 2010, p.80). Selon Clot, le management a la responsabilité de faire fonctionner ce collectif de travail en lui donnant les moyens de délibérer sur la qualité de l'activité réelle, lui permettant de construire des compromis. Il s'agit là d'une condition pour limiter les souffrances professionnelles engendrées par l'insatisfaction du travail non fait d'une part, et d'autre part, pour réduire les risques pour les salariés de perdre les « obligations du métier » de vue, en l'occurrence, le prendre soin.

.....2.4.2 Le *care* collectif

Nous venons de mettre en avant l'importance du collectif de travail pour les soignants. Pour Beaucourt et Louart (2011), des ajustements permanents entre professionnels, au sein de ce collectif, sont nécessaires pour faire face au travail réel. En effet, si la normalisation du travail prescrit donne à voir un idéal organisationnel, elle ne reflète pas le quotidien de l'activité qui exige des adaptations aux contextes. Régulièrement, des conflits de valeurs ou d'objectifs doivent être tranchés et pour cela, les interactions entre soignants sont indispensables. L'idée du *care* collectif est de permettre aux professionnels, par la pratique des interactions, des échanges, de mettre à distance leur travail pour retrouver un sens à leur action, au delà des conflits récurrents. Le collectif, dans ce cadre, est créateur de compromis sur le travail. En effet, « si les épreuves du réel ne sont pas régulées conjointement, les professionnels restent comme plongés dans un système où on leur demande de faire des choses impossibles » (Beaucourt, Louart, 2011, p.120). Si, à l'inverse, les interactions sont instituées et que le *care* collectif fonctionne, le réel peut devenir acceptable car il acquiert une forme de validité pratique au travers des échanges entre pairs.

Pour que les interactions jouent leur rôle, il faut que les professionnels puissent entrer en relation, or celle-ci est parfois entravée ou contrainte du fait du mode opératoire des organisations, notamment des habitudes langagières : « en règlementant leurs corps et leur langage, on leur prescrit une communication avant tout utilitaire » (Beaucourt, Louart, 2011, p.121). La traduction d'affects est parfois, comme nous l'avons vu précédemment, considérée comme intempestive dans les établissements de santé.

Pour Beaucourt et Louart, le management du *care* collectif est nécessaire puisqu'il permet de faire un pont entre les normes et l'activité quotidienne et d'ainsi dépasser les injonctions contradictoires et ses propres conflits entre les « bons » et les « mauvais » comportements de soins. Il s'agit finalement de faire vivre une régulation autonome mais concertée. Reprenant les modes de régulation décrits par Reynaud (1989), Beaucourt et Louart (2011) proposent une lecture des impacts cognitifs et relationnels de la pratique du *care* collectif.

Concrètement, la pratique du *care* collectif suppose une reconnaissance des acteurs et de leurs différences, des lieux et temps consacrés à la réflexion collective sur l'activité, une

« gestion ouverte des interactions et des répartitions de rôles ou d'activités, au delà du prescrit ». (Beaucourt, Louart, 2011, p.129)

		Impacts cognitifs	Impacts relationnels
Impacts managériaux	**Régulation formelle** Clarifier les règles et le cadre d'action	Prescriptions, procédures et protocoles de soins	Comportements liés aux normes d'action, aux compétences formalisées et aux hiérarchies
(faciliter la régulation conjointe, renforcer les solutions de soulagement affectif et d'ajustement coopératif)	**Régulation autonome** Permettre l'appropriation des règles, dans une adaptation aux personnes et aux contextes	Initiatives individuelles et collectives Créativité en situation Assouplissement du formel par prise en compte du réel	Comportements débattus avec acceptation des différences, des émergences et de l'émotionnel (par des partages de récits, des débats et controverses).

Tableau 1: Impacts du care collectif (Beaucourt, Louart, 2011, p.129)

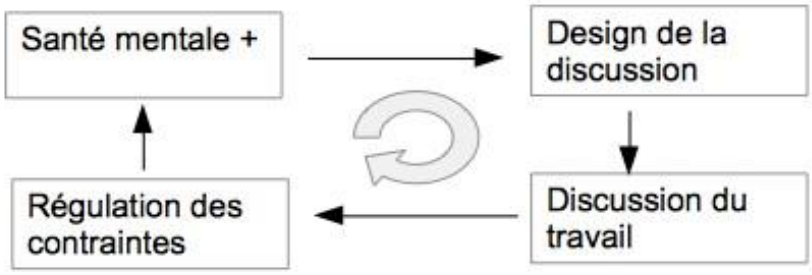
.....2.4.3 Le management par la discussion

Faisant le constat de contraintes organisationnelles de plus en plus fortes et d'une certaine intensification du travail dans les établissements de santé, Detchessahar (2010) s'est intéressé aux liens entre les modes managériaux, les types de régulation de l'activité en découlant et la santé des salariés. Dans le cadre d'une étude dans deux Ehpad (2010) et auprès des populations aides soignantes, ASH et infirmières, il met en évidence trois types de régulations différentes. Dans le premier cas, la régulation est autonome, les prescriptions formelles sont donc peu suivies mais le personnel, ajustant constamment son activité, s'épuise et développe un sentiment d'abandon. Dans un autre établissement, la régulation est formelle et les tâches « industrialisées », pourtant le personnel, aux prises avec les normes, mais privé de management de proximité, se sent peu reconnu et également relativement abandonné. Enfin, dans la troisième situation, une régulation de contrôle existe : des fiches de postes établies et suivies, des roulements fixes, mais le personnel dispose également de moments pour « débattre et décider d'un ensemble de

solutions de travail » (Detchessahar, 2010, p. 29). Dans ce dernier cas, le personnel n'exprime ni sentiment d'abandon ni épuisement, mais plutôt une certaine satisfaction dans son travail, l'ambiance est jugée conviviale et l'absentéisme est faible.

De ces études, ainsi que des recherches réalisées dans le cadre des études SORG (Santé, organisation et gestion des ressources humaines) - programme financé par l'Agence Nationale de la Recherche depuis 2006, et visant à étudier les liens entre les modes de prise en charge managériale des transformations organisationnelles et la santé des salariés -, Detchessahar (2013) conclut que l'action managériale est la capacité à réguler les logiques d'actions traversant l'organisation et à « faire vivre des processus d'arbitrage et d'élaboration de compromis permettant de donner un sens à l'action collective » (Detchessahar, 2012).

L'outil de la régulation est bien la mise en discussion du travail car « la discussion permet ici au premier chef de restaurer le sens du travail, dans l'acception modeste mais nécessaire de la direction du travail quotidien » (Detechessahar, 2013, p.62). Or cette indispensable discussion est parfois « empêchée ». La cause en est, au premier plan, le manque de management de proximité, « happé » par les tâches liées à la régulation de contrôle. L'insuffisance de management de proximité a pour conséquence un sentiment d'abandon du personnel, un affaiblissement des règles (anomie), et une « dislocation du collectif de travail » (Detchessahar, 2013). La mise en place d'un management par la discussion serait, dans ce cadre, le point de départ d'un cycle vertueux.



Dessin 5: Cercle vertueux de la mise en discussion du travail (Detchessahar, 2012)

3 Formulation des questionnements et proposition de recherche

L'environnement de travail des aides soignants en Ehpad est changeant : des contraintes organisationnelles et réglementaires nouvelles, ainsi que l'accueil en nombre d'une population présentant des pathologies neurodégénératives font évoluer leur activité.

Les travaux en sociologie et en psychologie du travail montrent souvent une profession en prise avec des difficultés à valoriser son travail en tant que relation d'aide, et en proie à un mal-être lié à la difficulté de la réalité du travail. Pourtant l'enjeu du bien-être des aides soignants dépasse celui de la santé au travail, puisque nous allons considérer les questions de maltraitance à l'endroit d'usagers comme des conséquences et des coûts cachés potentiels d'une mauvaise santé au travail, qui peut être caractérisée par le stress voire l'épuisement professionnel. Cet enjeu est valable au sein de chaque organisation accueillant des personnes vulnérables. Cette hypothèse de travail ne peut couvrir l'ensemble des actes de maltraitance dont il est évident qu'une part importante doit relever, au moins en partie, de problématiques personnelles, de comportement individuels liés à un contexte, sans rapport avec l'organisation et non étudiée ici.

La prise en charge de personnes démentes peut-elle accentuer les difficultés rencontrées par les aides soignants dans leur travail quotidien ? En exigeant des professionnels une adaptation permanente aux troubles du comportements caractéristiques des pathologies de type Alzheimer, la prise en charge des patients ne fait-elle pas évoluer le travail réel, l'éloignant du travail prescrit et des normes ?

La réponse à ces questionnements doit nous orienter vers l'étude des modes de régulation régissant l'activité dans ce type d'organisation, et, plus largement, l'étude du fonctionnement du collectif, toujours dans un contexte d'accompagnement de personnes démentes. Nous chercherons également à apprécier les types de management qui pourraient soutenir l'action collective des aides soignants en Ehpad en maintenant ou redonnant un sens à l'activité.

Nous nous proposons d'examiner ces questions au travers de l'étude du personnel aide soignant d'un Ehpad.

Partie 2 : Méthodologie et terrain d'étude

1 Méthodologie

.....1.1 Ancrage méthodologique

Cette étude a été réalisée dans une perspective constructiviste, dans un aller-retour constant entre théorie et terrain. L'objet de la recherche, assez imprécis en début de recherche, s'est donc affiné chemin faisant. Il n'a pas été établi de problématique préalablement au travail de terrain, seules des questions générales liées au contexte étaient posées.

Nous partons du principe qu'il est impossible d'appréhender le réel ou une partie du réel sans le regard des acteurs, puisque la réalité existe au travers eux. Nous avons tenté d'accéder, au travers de l'observation, des échanges avec les acteurs, à une représentation du réel. Nous nous sommes également pour cela, appuyé sur des théories et des concepts, qui nous ont donné des clés d'analyse pour tenter d'approcher la réalité d'une organisation et d'en décrypter les fonctionnements invisibles. Des allers-retours constants entre terrain et théorie, l'un influençant l'autre, dans un enrichissement mutuel, nous ont permis à la fois de déterminer notre revue de littérature, et d'affiner nos angles d'observations.

Cette étude prend pour référence méthodologique la recherche-intervention. Dans ce cadre, l'interaction entre le chercheur et les acteurs est constitutive de la recherche. Pour Albert David, « La recherche intervention consiste à aider, sur le terrain, à concevoir et à mettre en place des modèles, outils et procédures de gestion adéquats, à partir d'un projet de transformation plus ou moins complètement défini, avec comme objectif de produire à la fois des connaissances utiles pour l'action et des théories de différents niveaux de généralité en sciences de gestion. » (David, 2000, p.20). D'un point de vue méthodologique, il définit trois grands principes :

- le principe d'investigation prospective – l'idée étant de se détacher de cadres fixes et rigides, un peu à la manière d'une « enquête policière »,
- le principe de libre circulation entre niveaux théoriques – le chercheur étant amené sans cesse à relier des faits à des théories intermédiaires et plus générales

- le principe de conception – il suppose que le chercheur passe rapidement à la phase intervention proprement dite via la conception et la mise en œuvre d'outils de gestion.

Si nous avons tenu à respecter au maximum les principes de la recherche intervention, ce dernier principe méthodologique ne l'a pas été véritablement. En effet, cette étude se conclut par quelques préconisations concrètes en termes d'organisation, pour autant, aucune de ces propositions n'ont pu être mises en œuvre dans le temps dédié à l'étude.

Mathieu Detchessahar (2010) identifie trois ancrages possibles pour la recherche-intervention dans les organisations : la psychosociologie, la sociologie et la gestion. La discipline éclairante adoptée dans cette étude sera principalement la gestion, dans la mesure où nous nous intéresserons à un collectif, en proie à des problèmes dans le cadre du fonctionnement d'une organisation en particulier. Pour autant, de nombreux travaux en sociologie (Lise Causse notamment), et en psychologie (Pascale Molinier, Yves Clot) nous ont permis d'avancer et d'éclairer nos questionnements.

.....1.2 Méthodologie suivie pour l'étude

.....1.2.1 Organisation des « temps de l'étude »

Le temps de l'étude peut être divisé en plusieurs parties. Un premier temps d'observation a été nécessaire : observation des organisations de travail, des transmissions, des échanges formels et informels entre les aides soignants et les autres professionnels et la hiérarchie. Cette période a duré trois mois environ – d'octobre à décembre 2013, en immersion, à temps partiel, à raison de de 3 jours par semaine. Le second moment de l'étude s'est étendu sur 3 à 4 mois de janvier à avril 2014 : tout en poursuivant les observations, les entretiens ont été menés, ainsi que des observations participantes. Toujours en immersion à temps partiel, ce temps a également été mis à profit pour enrichir la revue de littérature. Enfin, le dernier temps de l'étude, d'avril à juin 2014, hors terrain, a permis d'étudier et analyser les matériaux amassés et de rédiger cette étude.

.....1.2.2 Recueil des matériaux

Il a, tout au long de cette étude, été nécessaire de s'adapter au contexte de l'établissement

qui a traversé une crise importante, touchant particulièrement les aides soignants. Les outils de la recherche ont donc été adaptés, retravaillés en fonction du contexte changeant. En effet, comme l'explique Virginie Waechter-Larrondo : « La configuration des outils d'investigation, loin de dépendre uniquement de critères rationnels définis à priori, naît de la rencontre entre, d'un côté, un projet de recherche et de l'autre la réalité de l'objet et du terrain dont le chercheur éprouve les aspérités comme autant de prises ou de contraintes. » (Waechter-Larrondo, 2005, p.2)
Et c'est, à notre avis, ce « bricolage méthodologique » (Waechter-Larrondo, 2005, p.4), l'utilisation de techniques composites, qui nous permis d'accéder au terrain.

Huit aides soignants ont été rencontrés en entretien14. Ceux-ci, enregistrés, se sont déroulés sur un mode plutôt libre de conversation, même si une grille avait été établie15. Elle a globalement été suivie, en particulier, l'accroche a été systématiquement la même : il était demandé à la personne interviewée son comportement, ses réactions et ses sentiments face à une situation de refus de soin plutôt classique, puis face un comportement qualifié d'agressif de la part d'un résident (crachat, coup). Cette méthodologie est inspirée de la méthode des scénarios (Meyer, 2008), qui met les acteurs face à des situations concrètes de travail, parfois caricaturales, afin de les amener à se projeter, pour recueillir l'indicible et les discours légitimant les pratiques. Cette méthode devrait être suivie d'un travail en groupe à partir des résultats des entretiens, ce qui n'a pas été fait dans le cadre de cette étude.

Des entretiens ont également été menés avec la directrice et l'infirmière coordinatrice.

Du point de vue de l'échantillonnage, il ne s'est pas agi d'aboutir à une forme de représentativité mais plutôt de significativité. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Il a été précisé à chaque personne que les paroles resteraient confidentielles, les entretiens anonymes. Les personnes étaient volontaires pour l'entretien, il a cependant été nécessaire d'interpeller des soignants un à un pour les encourager à y participer, un mot laissé sur le panneau d'information de leur salle de pause, et une invitation orale lors des transmissions ne suffisant pas.

---

[14] Cf tableau des profils des personnes rencontrées en entretien
[15] Cf grille d'entretien en annexe

Tous les entretiens ont été retranscrits et analysés au travail d'une grille de thématiques et de concepts abordés dans la revue de littérature. Nous nous sommes aussi beaucoup appuyé sur les notes d'observation réalisées tout au long de l'étude, en particulier l'observation du temps des transmissions, et sur les échanges informels nombreux avec les professionnels (aides soignants, comme agents hôtelier, infirmières ou personnel administratif).

Il a enfin été nécessaire de connaître et analyser les documents internes à la structure : documents relatifs aux organisations de travail (cycles et planning, fiches de poste, règlement intérieur, plans de soins, etc.), et documents institutionnels (projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil, documents relatifs à la qualité, etc.).

.....1.2.3 Position du chercheur

Installée dans le bureau de la directrice et quotidiennement en lien avec elle, nous avons eu à cœur à entrer en relation avec tous les salariés de la structure de manière libre et indépendante. L'ensemble des salariés a été informé de l'objet général de la recherche et nous avons tenté, peu à peu, de « faire partie des murs », ou plutôt de l'équipe.

Une crise au sein du collectif d'aides soignants s'est déclarée pendant cette période, des témoignages de pratiques professionnelles inadaptées de la part de certains soignants étant parvenus aux oreilles de la directrice. Celle-ci a pris des mesures disciplinaires à l'encontre de certains des professionnels visés. Nous avons essayé de rester à l'écoute de tous les acteurs, dans une démarche souhaitée empathique et bienveillante, afin de maintenir un lien de confiance avec tous, et de rendre intelligible le réel de chacun.

Afin de rester dans une démarche de recherche-intervention, nous nous sommes engagés à proposer un retour de cette étude auprès des personnes qui en exprimeraient le souhait.

2 Contexte d'étude

.....2.1 Présentation générale de l'établissement

.....2.1.1 Historique et généralités

L'étude se déroule dans un Ehpad privé à but non lucratif de la Région Bretagne. Pour les besoins de l'étude et dans un souci d'anonymat, nous le nommerons la résidence *Le printemps*. Elle a été créée en 1995 par une mutuelle et, face à des difficultés financières, reprise en 1997 par un groupe du même secteur. La résidence dépend aujourd'hui d'une maison mère, gestionnaire de plusieurs autres structures de même types et d'autres établissements médico-sociaux et sanitaires. L'établissement était initialement une maison de retraite non médicalisée destinée à accueillir des personnes vieillissantes mais non fortement dépendantes. La médicalisation a eu lieu en 2002. A cette occasion a été signée la convention tripartite.

Ces conventions sont signées en principe tous les 5 ans entre les établissements médico-sociaux, et les organismes de tutelle, soit l'Etat via les Agences Régionales de Santé (ARS), et le Conseil général. Le financement des Ehpad est divisé en 3 sections : le soin, financé par l'ARS, la dépendance, financé par le Conseil général en grande partie, et la section hébergement, financé par les résidents et/ou différentes allocations sociales. Différents outils permettent d'évaluer le niveau de dépendance et de soin nécessaire : le GIR (Groupe Iso-Ressources) Moyen Pondéré (GMP) mesure la dépendance via la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) qui permet de rassembler les personnes dans 6 groupes distincts, du GIR1 regroupant les personnes totalement dépendantes dans leur vie quotidienne au GIR5 ou 6 correspondant aux personnes âgées autonomes mais pouvant avoir besoin d'aide ponctuellement ; le Pathos Moyen Pondéré (PMP) mesure quant à lui le niveau de soin nécessaire à la prise en charge des pathologies des résidents. Son calcul est complexe et se base à la fois sur des diagnostics effectifs et une évaluation fine des transmissions écrites. Le GMP est calculé régulièrement par l'infirmière coordinatrice et le PMP doit être réalisé par un médecin.

Ces mesures permettent aux organismes de tutelle d'évaluer les moyens nécessaires à la

mise en œuvre du projet d'établissement. Entre deux conventions, ces moyens sont fixes, charge à l'établissement de s'assurer que ses besoins établis soient supérieurs ou égaux aux précédents, faute de quoi, les moyens alloués peuvent stagner, voire diminuer. Concernant *Le printemps,* la dernière convention a été signée en 2007 et la prochaine devrait l'être dans le courant de l'année 2014.

.....2.1.2 Les liens avec la maison-mère

La maison-mère se charge en partie des relations avec les organismes de tutelles, des prévisions budgétaires, chapeaute la gestion des ressources humaines (paie, coordination du plan de formation, gestion administrative des licenciements, départs à la retraite et ruptures conventionnelles), et coordonne les travaux sur l'évaluation de la qualité. La ligne managériale globale et les nouveaux projets y sont décidés, charge aux directeurs des structures de les appliquer sur le terrain. Une certaine latitude dans la façon de diriger son établissement est toutefois laissée aux directeurs. Ainsi, chaque directeur imprime sa marque dans son établissement. En effet, de nombreux documents et processus ne sont pas homogénéisés : l'accueil des résidents, la gestion des planning – même si un nouvel outil fait timidement et laborieusement son apparition depuis plusieurs mois, les projets d'animation et l'organisation générale, etc.

Le groupe gestionnaire fait siennes, et depuis longtemps, les valeurs de solidarité, de tolérance, de respect de la dignité, de la liberté et de la citoyenneté de chacun. Il a également décliné depuis de nombreuses années, un référentiel qualité « maison », encourageant chaque établissement à s'engager dans des processus de certification. ll était ainsi préparé à l'arrivée, en 2002[16] des obligations d'évaluation de la qualité et en 2003, de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Acteur important du secteur sanitaire et médico-social, le groupe s'investit également dans des actions et réflexions relatives au bien-être au travail et à la prévention des risques professionnels. Cela se traduit, entres autres, dans l'établissement étudié par une ligne ouverte 24h/24h permettant aux salariés de joindre un psychologue de manière anonyme et confidentielle. Les salariés volontaires se voient également proposer des modules sur la

[16] Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

nutrition ou un suivi d'activité physique adaptée.

.....2.1.3 Personnes accueillies et pathologies

95 personnes résident au *Printemps*. Elles disposent chacune d'un logement constitué d'une chambre de superficie variable et d'une salle de bain privative. La plupart des logements dispose d'une ouverture sur l'extérieur. Les personnes sont-elles chez elles ou disposent-elles d'une chambre dans un lieu de passage ? Le vocabulaire est ambivalent à ce sujet, les personnes sont dites accueillies – peut-on être accueilli chez soi ? - ou résident, ce qui suppose une installation et un investissement des lieux, ce qui semble loin d'être toujours le cas pour les personnes désorientées notamment. Parlant des résidents, une aide soignante rencontrée dit « la personne âgée qui rentrait chez nous » (entretien AS n°4). On est là davantage sur un lieu de travail, « nous » désignant le collectif soignant, l'établissement et son histoire. Malgré ces interrogations, nous utiliserons le terme de résident pour cette étude.

L'âge moyen des résidents est stable depuis 2008 à 88 ans. Le niveau de dépendance global l'est également, on observe cependant une quasi disparition des personnes classées en GIR 5 ou 6 et une augmentation des personnes évaluées en GIR 3 ou 4, soit une dépendance moyenne plutôt stable.

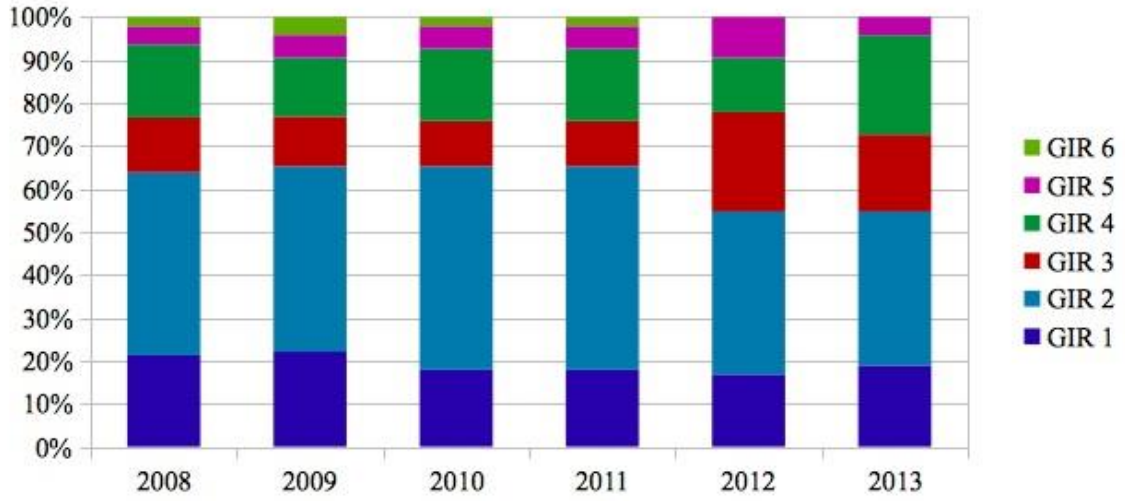
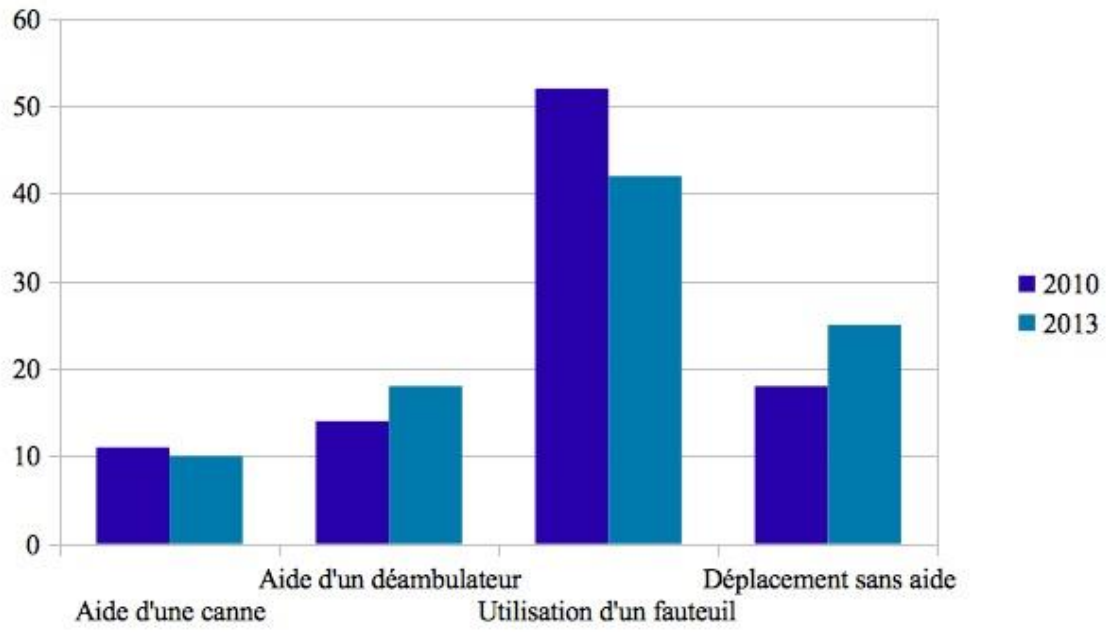


Illustration 1: Répartition des résidents du Printemps par GIR depuis 2008 (Source : logiciel de soins de la résidence)

Cette apparente stabilité cache des évolutions certaines. En effet, l'évaluation selon la grille AGGIR mesurant la dépendance accorde plus de poids à la dépendance physique des personnes. 10 variables en effet sont interrogées pour attribuer un groupe à une personne : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'extérieur, déplacements à l'intérieur, communication à distance. On voit que seuls les deux premiers traitent explicitement de la désorientation. En regardant d'un peu plus près, on peut constater que les personnes accueillies dans l'établissement étudié sont moins dépendantes physiquement qu'il y a quelques années.

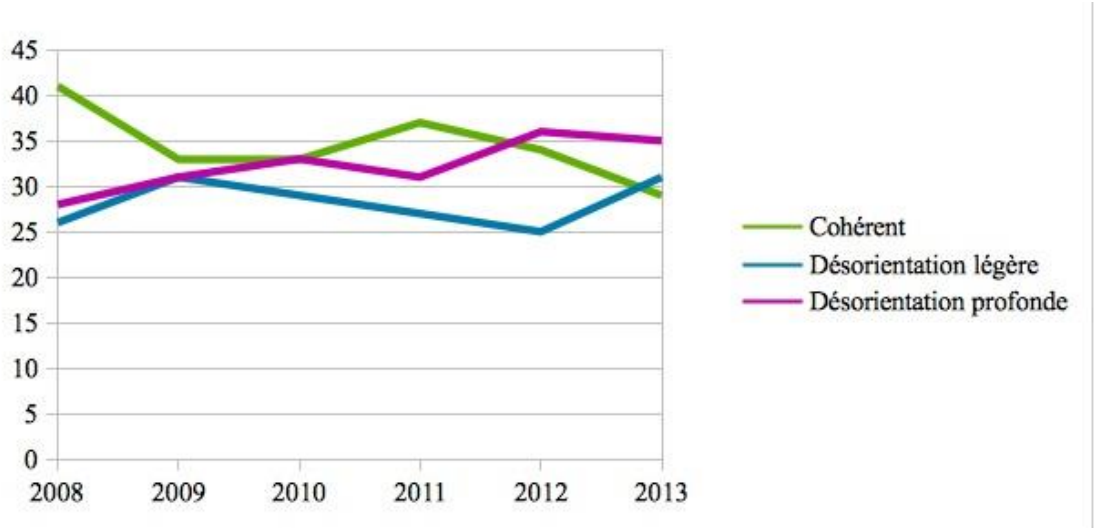


Dessin 6: Comparaison de la répartition des résidents du Printemps selon leur autonomie de déplacement (Source : logiciel de soins de la résidence)

Si les résidents sont plutôt moins dépendants physiquement, la part des personnes désorientées a, à l'inverse, tendance à augmenter17.

Cette évolution est bien perçue par les salariés de l'établissement. Dans les entretiens menés, les aides soignants font tous ce constat, notamment les personnes les plus anciennes dans le métier et dans l'établissement : « Quand j'ai commencé en Ehpad on n'avait pas forcément cette population là » (entretien AS n°5), « depuis 2002, depuis la médicalisation on reçoit beaucoup plus de personnes désorientées, ce qu'on avait pas avant ou alors une personne sur 90 » (entretien AS n°4).

[17] Tous les chiffres sont issus du logiciel de soins et des bilans d'activité de la structure consulté en mars et avril 2014



Dessin 7: Evolution de la répartition des résidents du Printemps selon leur degré de cohérence (Source : logiciel de soins de la résidence)

Les personnes accueillies viennent quasiment toutes d'un autre établissement et arrivent alors qu'aucune autre solution n'est plus possible : une hospitalisation a aggravé brutalement la dépendance ou la désorientation rend impossible la vie seul à domicile, même accompagné d'un aidant familial, souvent en situation d'épuisement.

La résidence *Le Printemps* propose, quand cela est possible, de rester jusqu'à la fin de leur vie à la résidence, une équipe de soins palliatifs mobile pouvant intervenir et l'équipe soignante étant en partie formée aux soins d'accompagnement en fin de vie.

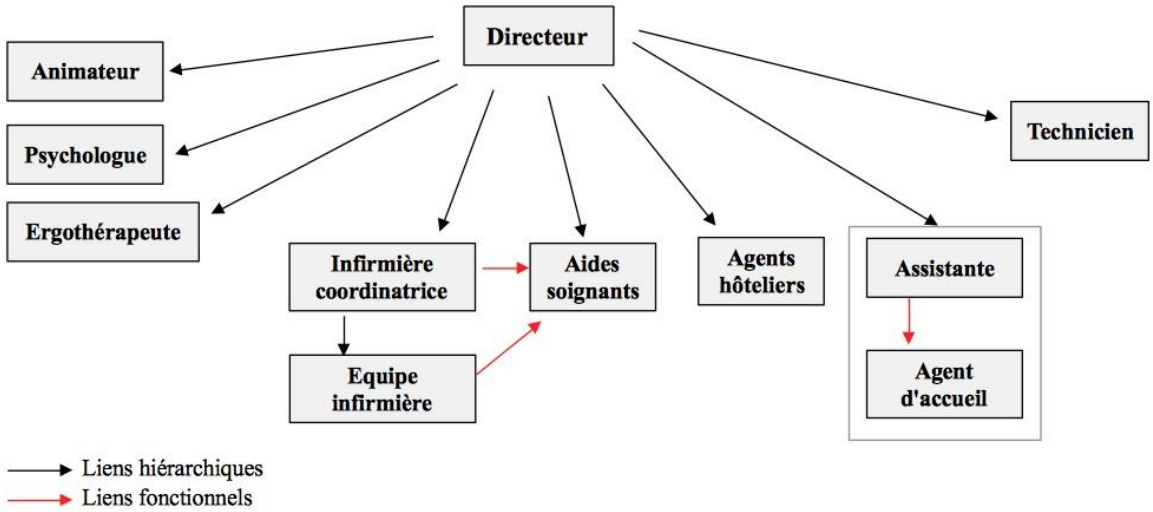
.....2.2 Ressources humaines de l'établissement

.....2.2.1 Effectifs et organigramme

L'effectif se divise en plusieurs groupes distincts : l'équipe soignante constituée des infirmières, des aides soignants, de la psychologue et de l'ergothérapeute, l'équipe hôtelière que forment les agents hôteliers (ASH), l'équipe administrative composée de la directrice, son assistante et une agent d'accueil et l'équipe technique formée d'un technicien. Au moment de l'étude, un poste de médecin coordonnateur, prévu et financé par la convention tripartite, était vacant. La directrice est le supérieur hiérarchique de tous les membres du personnel qui en réfèrent pour la plupart directement à elle. Il existe cependant un lien fonctionnel entre les infirmières et les aides soignants, les premières devant collaborer avec les seconds en contrôlant et déléguant des tâches dans la limite des décrets de

compétences. Ainsi, l'infirmière coordinatrice a pour mission d'encadrer et animer l'équipe de soin (les aides soignants et les infirmières) en ce qui concerne les soins.

Il n'existe pas réellement d'encadrement intermédiaire ou de cadre de proximité en ce qui concerne l'hôtellerie. Les agents hôteliers en réfèrent directement à la directrice. L'infirmière coordinatrice dispose d'un mi-temps sur les fonctions de coordination des soins infirmiers et aide-soignants, à l'examen des dossiers des futurs résidents, à leur accueil, au suivi des projets personnalisés.



Dessin 8: Organigramme de la résidence Le Printemps (d'après nos notes d'observation)

La convention tripartite prévoit 23,7 Equivalents Temps Plein (ETP) sur des missions d'aide soignant, 3,9 ETP infirmiers, et 16,1 ETP d'agents hôtelier. Les équipes titulaires étant constituées de nombreuses personnes à temps partiel et étant renforcées de remplaçants en CDD très courts mais très fréquents, l'effectif global se situe autour de 60 à 70 salariés selon les moments de l'année.

.....2.2.2 Missions du personnel

La directrice est en charge de la bonne marche de l'établissement. Elle est en lien direct avec les familles via l'organisation et l'animation du Conseil de la Vie Sociale (CVS), l'accueil de nouveaux résidents, en lien avec l'infirmière coordinatrice, la gestion des difficultés rencontrées par les résidents ou leurs proches. Elle est la supérieure hiérarchique des salariés de l'établissement. Elle les reçoit donc en entretiens réguliers (tous les 18 mois

environ), répond à leurs besoins et questions en termes de formations, de difficultés professionnelles, etc. L'infirmière coordinatrice a aussi la possibilité de recevoir les aide-soignants en entretien, ces derniers pouvant choisir leur interlocuteur. La directrice recrute seule les remplaçants aides soignants et agents hôteliers. Ceux ci sont très souvent les futurs professionnels titulaires, elle porte donc la responsabilité de la composition de l'équipe. Elle est interpellée pour toutes les questions logistiques et matérielles (défaillances techniques, questions liées aux cuisines – service sous traité à une entreprise travaillant sur place, travaux, réfections des chambres, etc.). Les tâches administratives sont nombreuses, elle est accompagnée d'une assistante mais supervise souvent les changements de planning, se charge elle même de modifier ou de créer les trames de travail (cycles de travail de 12 semaines), tape les contrats de travail des remplaçants (ce qui représente 10 à 25 contrats par semaine). Au delà du quotidien, la mission de directeur est de garder un cap, donner un souffle à un lieu de vie, notamment en travaillant sur le projet d'établissement et en le faisant vivre réellement, en donnant du sens à des mots. La directrice de la structure « [je] considère que le directeur est porteur en premier lieu de la philosophie de l'accompagnement » (entretien directrice n°9). Ainsi, elle travaille étroitement avec l'animatrice pour suivre, élaborer et proposer de nouveaux projets liés à l'animation et la vie dans la résidence.

L'assistante et la secrétaire tiennent un certain nombre de documents et de fichiers à jour, gèrent la liste d'attente, répondent aux questions et demandes, proposent les remplacements, se chargent du courriers et de la facturation. Elles sont également responsables du suivi des heures travaillées, congés payés et autres congés maladie.

Les infirmières ont principalement pour mission de réaliser des soins, les évaluer et les planifier, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe soignante. Elles délèguent les soins d'hygiène aux aides soignants. Elles animent les transmissions orales.

Les aides soignants ont en réalité les formations d'aide soignant, d'aide médico-psychologique ou encore certains ne sont pas (encore) qualifiés et sont « faisant fonction ». Ces derniers sont peu nombreux. Tous partagent des tâches semblables, malgré des formations très différentes. Le matin, l'essentiel du travail consiste à dispenser des soins d'hygiène et de confort aux résidents (de 7h à 11h environ) puis d'aider les personnes les

plus dépendantes lors du déjeuner. L'après-midi, il s'agit de « faire les levers », participer aux animations à destination des résidents, aider au diner et « faire les couchers »18.

Les agents hôteliers sont en charge de l'entretien des locaux et du services des repas, mais également de l'accompagnement des résidents peu dépendants lors du repas, des levers et couchers pour les personnes les moins dépendantes.

.....2.3 L'organisation du travail

.....2.3.1 Des cycles établis

15 aides soignants travaillent chaque jour, à raison de 8 le matin (7h-14h30) et 6 le soir (14h-21h) appuyés d'une personne « de coupe » (8h-11h30/16h30-20h30). Les absents, sauf cas exceptionnels, sont remplacés. Des personnes qualifiées sont appelées très régulièrement pour effectuer ces remplacements, parfois d'une seule journée. Les titulaires connaissent leur planning à l'avance puisqu'un cycle de 12 semaines est établi pour chaque personne. Ils connaissent généralement très bien leur cycle et viennent le rappeler à la secrétaire lorsqu'ils trouvent une erreur dans les trames. Les plannings changent peu et traitent de manière assez inégalitaire les salariés : les titulaires à plein temps ont des horaires de travail couvrant des périodes plus larges, par exemple 6h45-14h45 pour le matin, contre 7h-14h pour un temps partiel. Les personnes à temps complet se déplacent donc, proportionnellement, et à l'échelle du cycle, moins de journées pour leur travail.

Sauf cas particulier et négocié, les soignants travaillent un week-end sur deux, qu'ils soient à temps partiel ou non. Les primes de week-end et jours fériés forment une partie proportionnellement importante des salaires et, même en effectif réduit, les salariés semblent plutôt apprécier le travail le week-end. Récemment, la nouvelle directrice, assouplissant la règle, a autorisé les personnes à 50% de temps de travail le demandant, à ne travailler qu'un week-end sur quatre.

La nuit, c'est à dire de 21h à 7h, deux personnes assurent une présence continue : un aide-soignant et un agent. Ils travaillent véritablement en binôme, même si le soignant est plus particulièrement en charge de la distribution des médicaments et de tout ce qui relève du

[18] Termes et expressions utilisés par le personnel de l'Ehpad

médical et de l'urgence médicale. L'agent doit entretenir la nuit les parties communes qui ne peuvent être nettoyées en journée. Les binômes sont assez soudés et durables, « Avec l'autre collègue, on a beaucoup d'affinités puisqu'on est que deux » (entretien AS n°8).

.....2.3.2 Le remplacement

Les remplaçants sont embauchés sur des contrats à durée déterminée très courts (une journée à plusieurs jours en fonction des besoins), et très fréquents. Ils effectuent souvent l'équivalent d'un temps plein au sein de l'établissement sur de longues périodes, mais sur des horaires non prévus et non prévisibles. Il était habituel de titulariser un remplaçant lorsqu'un titulaire quittait ses fonctions. C'était en quelque sorte le premier de la liste, celui qui avait le plus longtemps accepté cette flexibilité qui héritait du cycle du titulaire partant. Cette politique semble évoluer doucement mais reste, dans certains discours entendus chez les soignants, relever de l'évidence et d'une certaine « justice ».

.....2.3.3 Les transmissions

Les équipes soignantes, agent et infirmières se croisent à 14h tous les jours - sauf le week-end - et se retrouvent dans la salle de restauration pour 30 minutes de transmissions. La réunion est animée par les infirmières et permet de passer en revue l'ensemble des résidents afin que soient transmises des informations relatives à l'évolution de leur état de santé physique et psychique, les traitements, les questions logistiques (matériel manquant, défectueux), les relations avec la famille. L'équipe de nuit croise les soignants du matin de 6h45 à 7h et l'équipe de l'après-midi de 21h à 21h15. Ces temps du matin et du soir sont normalement dévolus à des transmissions qui se déroulent de manière assez informelles. Il faut noter que les personnes travaillant à temps partiel ne participent jamais aux transmissions du matin et du soir et occasionnellement à la réunion de 14h. Comme vu précédemment, ces personnes réalisent des journées de travail relativement plus courtes : elles commencent à 7h (contre 6h45 pour les temps plein), finissent plus souvent à 14h qu'à 14h30, donc avant les transmissions et, le soir, entament leur journée de travail plus régulièrement à 14h30 voire 15h qu'à 14h pour ne jamais finir après 21h (contrairement aux personnes à temps plein qui terminent leur journée à 21h15 après les les échanges avec l'équipe de nuit).

Toutes les informations concernant les résidents sont également consignées dans un logiciel de gestion du dossier de soin et du dossier médical : traitements, rendez-vous, chutes, points particuliers lors de la toilette (agitation, douleurs, etc.), comportement lors des repas, points particuliers avec la famille. Ces informations sont accessibles sur les postes informatiques de la résidence. Le poste disponible pour les soignants se trouve dans l'infirmerie. Les transmissions de la veille sont systématiquement imprimées et classées dans un classeur en consultation dans l'infirmerie. Les soignants doivent renseigner toutes les informations concernant les résidents pris en charge dans la journée. Ils sont également censés lire les transmissions de la veille voire au-delà avant de commencer leur journée. Les agents doivent également en prendre connaissance**.**

.....2.4 Un contexte de crise

.....2.4.1 Une direction récemment renouvelée

Depuis que la résidence *Le Printemps* est devenue Ehpad en 2002, et jusqu'en janvier 2013, une seule directrice a dirigé l'établissement. Elle a marqué l'établissement de sa présence, et son management. Elle a été remplacée par une nouvelle directrice qui travaillait déjà dans une autre structure du même groupe auparavant.

L'ancienne directrice semblait beaucoup occuper le « terrain »[19] : présence dans les couloirs et au restaurant, rédaction personnelle du journal mensuel de la résidence, participation directe aux animations. Les notes de service de cette période attestent d'un certain style de management, plutôt autoritaire, dénotant parfois d'une certaine défiance vis à vis du personnel, ou certains membres du personnel. D'après une aide soignante de nuit, « la nuit on doit se débrouiller, on est un peu une équipe fantôme en fait c'est à dire qu'on est là mais sans être là pour eux, pour la direction. Avec la nouvelle directrice si, mais avant non. On n'existait pas, le boulot était fait, c'était bien mais on n'existait pas. » (entretien aide soignant n°7). L'ancienne directrice s'est beaucoup investie sur le champ de la certification (AFNOR notamment) et de l'évaluation de la qualité, organisant et animant de nombreux groupes de travail.

[19] Terme utilisé par des membres du personnel

La nouvelle directrice a souhaité se concentrer sur des tâches, relevant, selon elle, davantage des fonctions de direction : réflexion stratégique, entretiens annuels et disponibilités pour les échanges individuels avec le personnel, travail sur des projets transversaux ou complémentaires (mise en place d'un accueil de jour par exemple), délaissant dans une certaine mesure le « terrain ». Ce point de vue semble être à la fois apprécié par beaucoup et peu compris ou même déploré par d'autres, un agent hôtelier l'exprime ainsi « On a besoin de la présence d'un directeur, en ce moment un groupe de personne a pris le pouvoir, c'est vrai on est des adultes, mais avec beaucoup de défauts, il ne faut pas nous laisser trop libres » (entretien ASH20).

.....2.4.2 Des pratiques maltraitantes dénoncées

Au début de l'année 2014, des témoignages ont été rassemblés faisant état d'une situation préoccupante. Ces récits désignaient en effet certains aides soignants comme ayant des pratiques professionnelles inadaptées et relevant de la négligence, voire de la maltraitance. Ces faits auraient été répétés et réalisés devant des stagiaires et remplaçants, donc potentiellement au vu et su de nombreuses personnes et peut-être depuis quelques temps. Les professionnels visés, trois personnes particulièrement, ont eu à répondre de ces pratiques et des sanctions disciplinaires allant de l'avertissement au licenciement pour faute grave ont été appliquées. L'annonce, au moment des transmissions, du lancement d'un processus disciplinaire à l'encontre de certains professionnels pour cause de maltraitance, alors qu'aucun nom ne pouvait être donné, a été vécue comme un choc par une partie l'équipe. Nombre d'entre eux se sont senti « tous visés » par ces accusations. Ce « tsunami » (entretien aide soignant n°1) a à la fois considérablement alourdi l'ambiance de travail, les uns recherchant qui avait pu témoigner contre les autres, mettant dos à dos titulaires et remplaçants, et à la fois lancé ou relancé des réflexions autour de l'accompagnement des résidents, poussant des initiatives visant à permettre aux soignants d'améliorer leurs pratiques et de développer leurs compétences.

Ces événements se sont déroulés pendant la période d'observation de la présente étude. Nous avons pris le parti de ne pas interroger les salariés spécifiquement sur ces événements. Nous avons eu, à ce sujet, accès à certaines informations, mais d'autres, bien

[20] Propos issus de notes, cet entretien n'ayant pas été enregistré et donc retranscrit

entendu, sont restées confidentielles.

.....2.4.3 Des indicateurs de mal-être dans l'équipe ?

Au-delà de la crise traversée par l'établissement, quelques mois d'observation avaient déjà permis de constater des difficultés de l'équipe, traduites par la directrice par « un sentiment de lourdeur » (entretien directrice n°9) : durant le temps de l'étude, nous avons assisté à plusieurs demandes de diminution du temps de travail, et une demande de rupture de conventionnelle – pour une aide soignante en souffrance psychologique, ayant atteint le seuil de saturation et en capacité de le verbaliser : « je passe devant les personnes et entends « salope », et voilà je peux plus, c'est trop dur, c'est plus possible ».

Enfin si l'absentéisme est contenu pour l'année 2013 dans les moyennes du secteur, le trait le plus marquant est le mauvais climat ambiant au moment de l'étude, sous doute accentué par la crise traversée par l'établissement. Pour une aide soignante « des clans (qui) sont formés entre ceux qui sont titulaires et celles qui sont remplaçantes. Il n'y a plus de lien entre les deux. Le climat social au sein de l'entreprise est plutôt délétère en ce moment » (entretien AS n°1).

Ce qui, initialement, justifie cette étude est cette impression floue de poids pesant sur l'équipe des aides soignants, impression qui semble partagée, mais peu comprise, analysée. Selon la directrice, « pour une part ils le verbalisent, pas forcément en disant « je suis en difficultés », mais en disant, « ça a changé, maintenant c'est plus difficile », ou un sentiment d'un fardeau, mais quelque chose qu'ils n'expliquent pas forcément facilement mais quelque chose qui est dur, qui est pénible » (entretien directrice n°9).

Partie 3 : Résultats et discussion

1 Résultats

Nous avons choisi d'analyser et classer les matériaux de notre recherche en trois grandes thématiques. Celles-ci reprennent les points abordés dans la revue de littérature.

Nous chercherons donc à poser un regard sur l'évolution du travail aide soignant dans le cadre de la prise en charge des personnes démentes et sur les conséquences de ces changements pour la santé au travail des individus, et sur le fonctionnement du collectif de soignants. Enfin nous présenterons les modalités de management de l'établissement, en particulier dans le cadre de la gestion de crise (pratiques maltraitantes de certains aides soignants).

.....1.1 La prise en charge de la démence, ce qui change réellement

.....1.1.1 L'opposition aux soins

Comme vu précédemment, la maladie d'Alzheimer provoque agnosie – une altération des capacités de reconnaissance, apraxie – perte de la mémoire de gestes, même automatiques, et aphasie – c'est à dire une détérioration du langage. La personne atteinte se sent souvent inquiète, incomprise, voire angoissée face à ces évolutions. Ce sentiment peut provoquer des comportements qui vont être qualifiés d'agressifs, des errances. Lorsqu'ils deviennent trop débordants ou dangereux pour la personne ou son entourage, des mesures de contention peuvent être envisagées. Cette appréciation est laissée au médecin et les institutions varient aussi beaucoup quant à leur approche de cette « solution » - qui n'en est pas une -, certaines étant plus favorables que d'autres. Il existe deux types de mesures de contention : physique et chimique. Leurs inconvénients sont nombreux : les contentions physique (ceinture accrochée au fauteuil ou barrières de lit) peuvent par exemple entraîner une incontinence qui n'était pas encore installée, ou une perte définitive de la marche. Elle pose également des questions éthiques. En Ehpad, certaines personnes, déclarées « fugueuses », se voient attribuer un bracelet ou une ceinture GPS permettant de la

localiser en cas de sortie de l'établissement. Enfin, le risque d'une contention chimique est le cortège d'effets secondaires inhérent à des molécules puissantes. Dans l'établissement étudié, la tendance, impulsée par la direction – directrice et infirmière coordonatrice - est plutôt de limiter au maximum toutes les formes de contention, et de respecter les errances, y compris lorsque la personne sort de la structure (avec l'idée d'aller chercher ces personnes avant leur arrivée au portail du parking, donnant sur la rue).

Dans le cas de la toilette, on peut s'interroger sur la façon dont une personne démente peut percevoir le déshabillage, la toilette alors qu'elle ne comprend plus de quoi il s'agit. Quand les gestes sont perçus uniquement au premier degré : sensation de froid, d'humidité, les comportements d'opposition, de recul voire de colère sont pour certains malades la seule expression encore possible face à ce qui peut être considéré comme une intrusion incompréhensible, d'autant plus quand la personne proposant la toilette n'est pas reconnue.

L'enjeu pour les aides soignants est de continuer bien sûr à considérer la personne comme une personne, un sujet désirant, et donc de prendre en compte des oppositions aux soins, tout en réalisant les soins pour lesquelles ils ont été missionnés. Nous avons interrogé systématiquement tous les aides soignants rencontrés sur leurs réactions face à un refus de soins. Les réponses ont été sensiblement les mêmes. Sur 8 aides soignants, 2 n'ont pas répondu à cette question, dont une aide soignante de nuit, moins confrontée à ce type de situations. 5 aide soignants ont répondu selon un schéma plutôt identique – avec quelques variantes :

> « Dans un premier temps si la personne commence à crier, je vais m'asseoir à côté d'elle, je vais discuter, lui expliquer ce que je vais faire [...], si on prend le cas de Mme H, on va venir, la laisser un petit peu et revenir plusieurs fois, […] ça m'est arrivé la semaine dernière : Mme R était en état de stress, elle refusait tout soin « vous ne me toucherez pas, je veux rentrer chez moi » donc on parlemente on discute mais au bout d'un moment, même en discutant longtemps on s'est fait rabrouer quelque chose de mignon, donc on a dit au moins une toilette intime. On va chez Mme P en fin de toilette, la même chose, on lui parle, on lève les draps. A [collègue] a failli se prendre un coup de pied dans la figure, elle voulait pas se laisser faire donc elle a eu une toilette intime, mais bon on a fait le minimum » (entretien AS

n°8).

« Si j'arrive et je me rends compte qu'elle a les yeux presque révulsés, qu'elle crie, là déjà je la laisse quoi, je la laisse se poser, se calmer et je reviens plus tard. Déjà c'est pas la peine de faire le soin en étant dans l'opposition comme ça en fait, donc je la laisse, si je peux revenir à plusieurs reprises, si à chaque fois bon voilà ça s'améliore pas je re-tenterai encore une fois jusqu'au moment ou il faut faire le choix d'être à deux et puis limiter les soins pour éviter de la rendre encore plus agressive. On adapte vraiment, c'est au jour le jour. » (entretien AS n°5).

Nous avons reconstitué une série d'actions constituant la chaîne des réactions des aides soignants face à une personne opposante aux soins de toilette :

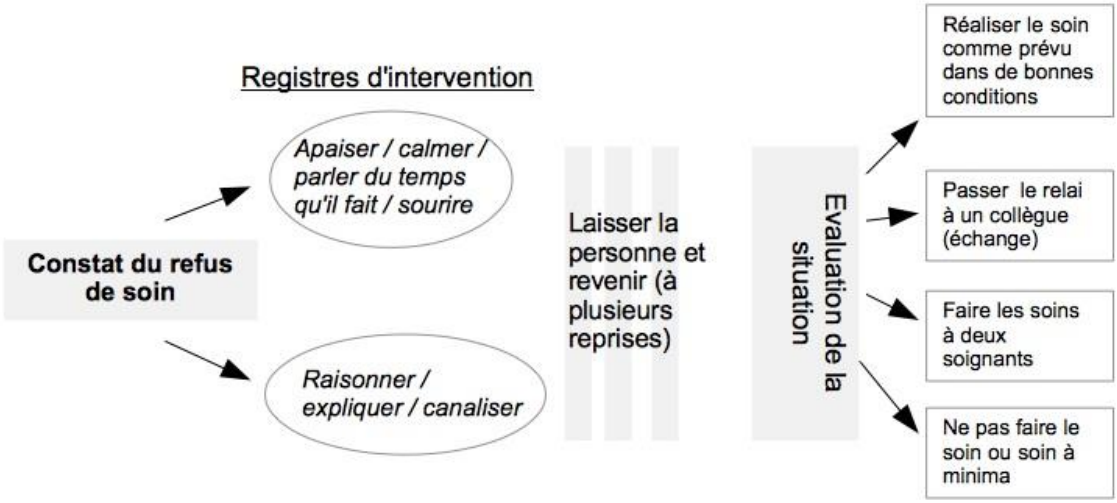


Illustration 2: Chaîne d'action des aides soignants face au refus de soin

Une aide soignante a expliqué réagir avant le constat même de refus de soin : pour les personnes souvent dérangées par la toilette, cette aide soignante commence par passer à plusieurs reprise, une fois ouvrant les volets, une autre en proposant de « faire le visage », une autre pour discuter puis elle propose une toilette « à l'envers » en commençant par le plus important : la toilette intime avec l'idée de s'arrêter dès qu'il le faut : « je fais au plus précis » (entretien AS n°4).

Tous les soignants interrogés estiment que le moment de la toilette auprès des résidents désorientés nécessite du temps, beaucoup de temps, de la « patience », et une certaine capacité d'adaptation pour faire au cas par cas, au jour le jour. Comme l'illustration ci-avant le montre, toutes les situations sont différentes et font l'objet d'une analyse particulière donnant lieu à des actions adaptées. Cette évaluation des situations est réalisée par l'aide soignant en charge du soin et le confronte, souvent seul, au moins dans un premier temps aux décisions à prendre quant aux soins d'hygiène à dispenser.

.....1.1.2 Des compromis à construire en permanence

.....1.1.2.1 Accepter l'opposition

Il ressort des entretiens et des observations que les aides soignants étaient auparavant tenus d'effectuer les toilettes prévues par le plan de soins quelle que soit la situation. Le travail avec les personnes désorientées a fait évoluer les pratiques et le regard des soignants porté sur la toilette. Les plans de soins sont établis pour 15 jours et sont relativement identiques pour tous les résidents. Ils établissent des régularités dans les soins (2 douches par semaine par exemple). Les plans de soins sont imprimés et disposés sur les chariots de soin – un par aile. A la fin de la toilette, l'aide soignant doit renseigner ce qui a été fait, ce qui ne l'a pas été, et signer.

	Lundi 7	Mardi 8	Etc.
Douche			
Shampooing			
Nettoyage appareil dentaire			
Toilette partielle			
Toilette complète			
Rasage			
Epilation			
Changements de sous-vêtements			
Changement des vêtements			
Prévention d'escarres			
Soins de la bouche			
Installation WC			
Changes			
Surveillance des selles			
Nettoyage lunettes			
Ongles coupés			
Réfection de lit			
Reste alité			
Signature service matin AS			

Illustration 3: Reproduction d'un plan de soins pour un résident (d'après notes d'observation)

Les aides soignants construisent quotidiennement des compromis entre le travail initialement demandé et ce que le contexte permet ou autorise à faire. Si la personne en soin est très agitée ou angoissée, ils peuvent être revus à la baisse, ou repoussés : « Quand il n'y a pas « mort d'homme », je repousse au lendemain, je m'organise sur plusieurs jours » (notes d'observation). Pourtant ce qui semble évident en théorie soulève des questions résumées ainsi par l'une d'entre elles : « la grande question que je posais c'est où commence la maltraitance ? » (entretien AS n°1) car « le problème c'est que quand la personne est nue, il faut finir la toilette, même de force, on ne peut pas la laisser comme ça » et « c'est maltraitant de laisser quelqu'un dans son urine » (notes d'observation).

> « La frontière est difficile, quand vous avez un résident qui a plein de pipi, plein de selles et tout, bon moi en règle générale, je la fais même si on doit y aller à deux

> parce que je ne peux pas laisser un résident dans ses selles. Moi personnellement ce serait ma mère, je n'aimerais pas. On y va en douceur, on va prendre plus de temps mais au moins quand ce sont des situations extrêmes, je fais une petite toilette. » (Entretien AS n°8)

Ainsi, en permanence, la frontière entre la maltraitance et la bientraitance est interrogée, bousculée : maltraite-on une personne parce que, pour lui faire une toilette intime, les soignants doivent la tenir et la maintenir à plusieurs, et contre sa volonté qu'elle manifeste à sa façon – parfois des cris, des pleurs, ou des mouvements brusques, des insultes ; ou maltraite-on une personne parce qu'on fait le choix de ne pas pratiquer cette toilette intime et qu'elle est laissée (pour un temps?) avec une protection souillée ? Chaque jour, pour chaque personne, pour chaque situation, les aides soignants font des choix, ou plutôt des arbitrages pour déterminer la position qui sera la moins mauvaise, pour le résident, et en fonction de leur point de vue de soignant.

L'onde de choc de la révélation de pratiques considérées comme maltraitantes de la part de certains aides soignants a amplifié leurs questions et inquiétudes à ce sujet. Alors que les pratiques mises en cause ne portaient pas sur des actes de nursing en tant que tels, les aides soignants, troublés, ont mis en avant cette frontière bientraitance/maltraitance considérée comme floue, du point de vue de ce qui leur est demandé en tant que soignants. L'infirmière coordinatrice et la psychologue de la structure ont abordé le sujet en transmissions et lors d'une rencontre dédiée à ce sujet :

> « on a un petit peu levé le voile du refus de soin justement, qu'est ce qu'on fait notamment avec une résidente qui crie beaucoup sur sa toilette, qu'est ce qu'on fait quand elle crie comme ça. Est-ce qu'on lui fait envers et contre tout ou est-ce qu'on arrête, le problème des aides soignants c'est qu'ils sont perfectionnistes et qu'une toilette c'est des pieds à la tête tous les jours. Donc il y en a beaucoup qui ont du mal à entendre ». (entretien infirmière coordinatrice)

Nous avons systématiquement interrogé les aides soignants sur leur positionnement vis à vis du refus de soin et du ou des comportements à tenir. Voici, dans le tableau ci-dessous, une compilation de leurs réponses.

AS n°1	AS n°2	AS n°3	AS n°4
« Maintenant on **commence à entendre un peu les choses**, s'il y a opposition, ce n'est pas la peine de forcer et d'être maltraitant dans l'obligation de faire, si c'est pas fait une semaine ou deux **c'est pas grave** »	« Quand quelqu'un refuse les soins, on ne peut pas laisser la personne non plus dans ses selles, donc **on essaie que la personne reste propre tout en allant doucement** »	« Je crois que plus on avance dans le temps, et plus les gens acceptent que il faut pas forcer et que c'est comme ça et qu'on peut pas faire autrement. Au fur et à mesure je trouve que ça change, **avant on était beaucoup sous pression**, entre nous on se mettait la pression « t'as pas fais ci, t'as pas fait ça » »	« Il y a 5-6 ans, si on avait pas fait la douche à Mme untel ou si il n'y avait pas eu une toilette complète, même sur des soins palliatifs, **il fallait vraiment que ce soit la toilette. (...) personnellement je trouve ça mieux comme ça »**
AS n°5	AS n°6	AS n°7	AS n°8
« On essaie de moins se frustrer, autant avant, voilà, on s'adapte justement à la pathologie alors qu'**avant on était vraiment dans le soin où il fallait absolument tout bien faire** que là la populations étant de plus en plus désorientées, **on est obligé de s'adapter** »	« Aide soignant avant, ya pas si longtemps que ça c'était vraiment la toilette quoi, **on était programmé pour la toilette** donc si on faisait pas la toilette on se disait mais qu'est ce que j'ai foutu. Moi ce que je retiens du boulot d'aide soignant **maintenant c'est s'adapter, s'adapter à une personne**, plus que savoir faire une toilette. »	*AS de nuit, refus de soin non abordé*	**« Maintenant il a été dit que quand on peut pas on peut pas**. Soit on réessaie après, mais on force pas. Avant c'est à dire que forcer, non on n'a jamais forcé mais on insistait quand même quoi mais jamais dans le forcing comme on peut voir à la télé, mais **maintenant on insiste moins parce que de toute façon c'est pas forcément un truc bientraitant** non plus »

Les aides soignants interrogés ont compris la nécessité s'adapter à la personne et à la situation. Tous s'accordent également pour dire que « forcer » le soin n'est pas qualitatif et bientraitant. Pourtant le sujet du refus de soin, vu comme un problème à résoudre par les aides soignants, revient encore et toujours lors des transmissions quotidiennes, ce qui est parfois déploré par l'infirmière coordinatrice. Il semble donc que le type de réponse recherchée et nécessaire n'est pas théorique mais d'un autre ordre.

Nous avons constaté que le soin aux personnes désorientées se caractérisait initialement, pour les aides soignants, en une accentuation de la différence entre travail prescrit et travail réel (réaliser les soins de nursing est la prescription, l'opposition aux soins et l'ajustement des soins est parfois le travail réel). Si l'infirmière coordinatrice a récemment

« officiellement » nuancé la prescription, prenant ainsi en compte le travail réel, il n'en reste pas moins que la situation semble continuer à poser des difficultés aux aides soignants. Nous poursuivons donc nos investigations en nous intéressant à la façon dont les professionnels sont en mesure de qualifier et évaluer leur travail, pour en tirer une satisfaction professionnelles.

.....1.1.2.2 Impacts sur l'auto-évaluation du travail des aides soignants

Les aides soignants ont été interrogés sur ce qui leur permettait d'évaluer la qualité de leur travail et ce que pouvait leur coûter ou provoquer un refus de soin.

Sur quels critères peut-on évaluer son travail en tant qu'aide soignant ?	**Coûts (pour l'aide soignant) du renoncement aux soins prescrits**
Comportement calme et paisible du résident *« Quand il y a un calme, quand il y a eu le minimum de cris et d'agressivité dans une journée, je me dis qu'on a su prendre en charge les gens, pour moi quand ils crient, que c'est excessif, c'est qu'il y a un dysfonctionnement »* **Ne sait pas, auparavant, utilisation de la « grille »** *« C'est une bonne question, je ne sais pas* *Le travail s'évaluait sur cette grille là, si les ongles sont faits c'est super, s'ils ne sont pas faits … »* **Un signe de reconnaissance de la part du résident** *« Je me satisfait de ça maintenant, en sortant de la chambre elle est souriante, elle m'a fait un bisous à la fin de la toilette, elle m'a pris la main (...) »* **Le fait de « réussir » à faire « tous les soins »** *« Une matinée quand tout se déroule bien que j'ai fini tous mes soins, oui j'ai fini ma journée, j'ai fait tout mon travail. »* **Le fait de ne pas être tombé dans la**	**Déception / frustration** *« Y'a des jours ou je suis déçue je me dis mince aujourd'hui j'ai pas réussi à faire les soins hier, je voulais les faire correctement »* **Sentiment d'échec (avec parfois un sentiment de responsabilité du soignant dans cet échec)** *« Parfois on n'est pas satisfait de nous parce qu'on a senti un blocage et on sait que c'est notre faute »* *« ça peut être aussi une frustration de se dire « mince pourquoi je n'y arrive pas » »* *« si je n'ai pas pu faire la toilette, j'ai eu un échec aujourd'hui. Mais c'est pas grave, je me rattraperai demain si je peux, ou le surlendemain. »* *« quand on se prend 2 ou 3 échecs sur une liste dans la semaine bon, il y a le ventre qui … des échecs c'est des refus de soins, de l'agressivité »* **Sentiment de ne pas avoir rempli sa mission** *« c'est une frustration car le soignant soigne »* *« On aime les voir tout beau, tout propres. Et si il y a un problème de protection par exemple, ils se font moquer, moi ça me gêne, ça me fait mal au cœur »* **Absence de coût pour l'AS**

maltraitance *« Si la toilette n'a pas eu lieu, ça me suffit aussi, j'ai pas insisté, je suis pas rentré dans un … on sait pas dans quoi on peut tomber, dans la maltraitance »* *« Je peux pas dire que je sois complètement frustrée [si les soins n'ont pu être réalisés], j'aurais peut être été plus frustrée de l'avoir fait hurler »*	*« Moi ça me fait ni chaud ni froid [le refus de soin] je trouverais même bizarre qu'ils disent rien »* *« Personnellement je n'ai pas de frustration par rapport à un refus de soin. »*

Il y a quelques années, le simple fait d'avoir réalisé les soins prescrits dans le plan de soin (« la grille »), d'avoir pu faire une croix en face des soins demandés et signé en bas était un signe de travail réalisé aux yeux du soignant. Les personnes prises en charge étaient en effet davantage conciliantes au moment de la toilette. Cette échelle de mesure du travail bien fait : ils sont « tout beaux, tout propres », est à revoir. Cela semble tout naturel pour l'infirmière coordinatrice, mais beaucoup moins pour les aides soignants :

> « La qualité du travail à mon avis en Ehpad n'est pas sur le technique . C'est pas d'hier qu'on entend parler du soigner et du prendre soin. En Ehpad on soigne pas , on a perdu d'office, on améliore le quotidien mais on ne soigne pas, on n'est pas sur un truc de crise, un truc aïgu, ils sont pas malades, ils sont vieux. Donc on n'est pas sur du soigner, il faut lâcher un peu ces choses là et la qualité du travail elle est pas sur le fait qu'elle sente bon la rose, elle est sur le fait qu'il y ait eu un minimum de soins de conforts, qui se passent bien. » (entretien infirmière coordinatrice)

Pourtant, globalement, les aides soignants interrogés et observés, expriment une certaine frustration ou insatisfaction à ne pas faire ou pouvoir faire les soins prévus. Comment alors estimer avoir bien fait son travail, avoir réalisé un travail de qualité ? Comment ne pas penser chaque situation comme une déception ? Pour l'infirmière coordinatrice, les aides soignants se trouvent plongés, pour une majorité, dans une insatisfaction permanente :

> « Je peux te dire que les aides soignantes quand elles sortent de la chambre elles sont pas bien quand elles ont fait la toilette de force, elles sont en sueur, elles sont énervées, elles sont pas satisfaites quand même. D'un côté elles sont peut être satisfaites parce qu'elles ont fait la toilette mais sont pas satisfaites de la manière dont elles l'ont faite. Ou alors elles ont pas de cœur. » (entretien infirmière coordinatrice)

Fidèles à une façon censée être dépassée de voir et évaluer son travail, et malgré les « discours » de l'infirmière coordinatrice, certains soignants semblent poursuivre la recherche de satisfaction dans le soin technique. Pourtant, pour l'infirmière, les choses « sont dites, on l'a dit avec M [psychologue] il y a quelques mois, on a fait un(e) TER [réunion thématique] là dessus pour que tout monde entende la chose, tout le monde soit sur la même base », le sentiment qui domine chez elle est l'incompréhension de la persistance des questionnements des aides soignants.

> « Je vois M. B ce matin, je vais le voir, il était tout habillé, je vais pas vérifier si sa protection était propre, le mec il était peinard sur son lit. Alors certains vont le forcer à se mettre debout, regarder si son slip est propre, ça va changer quoi ? A lui faire le dos, de l'embêter, il va ronchonner. […] Mais ça change quoi ? […] mais ça se résume à ça, pour sa propre satisfaction et on met les croix et le compte y est » (entretien AS n°6)

Finalement, confrontés à l'opposition des personnes démentes, la question du sens même du travail de soin auprès de cette population est posée. En effet, quand le soignant a le sentiment de venir systématiquement contredire les volontés de la personne, même s'il s'agit d'hygiène, de sécurité, de nutrition, quel sens finit-il par donner à son travail ?

> « Les personnes désorientées, c'est jamais la même personne, jamais la même désorientation, jamais la même chose, y'en a qui nous comprennent, d'autre pas. On ne sait pas s'ils nous comprennent forcément. On est obligé de s'adapter à chaque personne et à chaque jour, c'est jamais la même chose. On se demande toujours est-ce qu'on a bien fait les choses, est-ce que réellement on leur apporte quelque chose, est-ce que au final les personnes désorientées, je me dis est-ce que à part les embêter on fait vraiment ce qu'il faut, on va être autour d'eux pour la toilette, on va les empêcher de sortir quand ils veulent sortir, leur demander de rester assis sur une chaise pour manger, ils veulent pas rester, en fait on est toujours à faire le gendarme avec eux, alors que la personne [dépendante] physiquement, on sait qu'on leur apporte quelque chose, alors que la personne désorientée, c'est pas sûr, c'est à dire, on leur apporte mais c'est pas sûr que ça leur plaise » (entretien AS n°4)

> « [au sujet d'une personne refusant presque quotidiennement les soins d'hygiène en

criant] T'as de la peine pour elle, moi ça me choque quand je vois ça. Tu te dis mais qu'est ce que je suis en train de lui faire, est-ce que ce que je lui fais vaut le coup par rapport à ce qu'elle reçoit. » (entretien infirmière coordinatrice)

Nous avons vu que, lorsqu'ils sont confrontés aux personnes désorientées, les aides soignants perdent leurs repères historiques quant à l'auto-évaluation de leur travail, et, plus que cela, ils peuvent même en perdre le sens. Ces difficultés se doublent du sentiment d'être isolé dans l'action, aux yeux des résidents et de leurs proches.

.....1.1.3 Les aides soignant en première ligne

« Nous les AS/AMP, c'est nous qui sommes dans les chambres, on absorbe tout, les familles se tournent d'abord vers nous, on fait les barrières avant les infirmières. D'abord les résidents sont agressifs, après c'est les familles. » (notes d'observation)

Les aides soignants observés se sentent souvent pris entre plusieurs regards qui leur semblent contradictoires. Le cas plus souvent cité est celui des familles. Les familles n'auraient pas les mêmes attentes que les infirmières – qui, rappelons le, délèguent les soins d'hygiène aux aides soignants. Prenant appui sur leur expériences personnelles aussi bien que sur les propos et comportements des proches visitant les résidents, les aides soignants comprennent une demande des familles qui serait de « rendre belle », peut-être rendre « normale », la personne désorientée.

« Je pense tout le temps quand je vais voir ma grand mère en maison de retraite, je veux qu'elle soit belle quoi, donc je me dis que je n'ai pas envie que les enfants arrivent et voient ça aussi. C'est le regard extérieur. C'est parce que j'ai ma grand-mère en maison de retraite, je me dis que j'aime bien arriver et qu'elle soit belle, dépendante quand même, mais qu'elle soit belle quoi. D'arriver avec des ongles noirs, après dans un contexte d'agressivité on l'aurait tous compris, je veux dire je l'aurais compris, mais voilà, le regard extérieur, je trouve que déjà d'accepter d'avoir ses parents en maison de retraite c'est pas évident alors de les voir pas spécialement beau quand on arrive, bon c'est un petit peu choquant, on aimerait tous ne pas voir nos parents comme ça. » (entretien AS n°5)

« On a peur des réactions de la famille si Mme H a les cheveux gras, la barbe de

plusieurs jours » (notes d'observation)

Au sujet des toilettes et du compromis de soin sans cesse à renouveler en fonction de l'état de la personne, un aide soignant rappelle : « il faut toujours se dire, ce que je fais, est-ce c'est pour le résident, ou pour l'équipe, ou pour la famille ? » (entretien AS n°6)

Comme nous l'avons vu précédemment, certaines personnes désorientées déambulent beaucoup. Leurs marches les amènent régulièrement à l'extérieur de l'établissement. Elles sont qualifiées de « fugues » par les aides soignants – et une partie des infirmières – ce qui est tout à fait explicite sur le comportement à tenir en tant que personne responsable et raisonnable : il faut ramener au plus vite les « fugueurs » à l'intérieur, en sécurité. Dans ce contexte, les aides soignants se sentent en responsabilité vis à vis des « promeneurs extérieurs ». L'établissement ne dispose pas de digicode mais même si la porte ne donne pas immédiatement sur la route, les personnes peuvent atteindre l'entrée du parking et attendre le passage d'une voiture pour sortir de l'enceinte de la résidence. Il est effectivement arrivé que des personnes sortent et soient recherchées par le personnel dans la petite ville où est implanté l'Ehpad. La directrice souhaite maintenir un lieu ouvert et assure aux aides soignants que leur responsabilité ne peut être engagée s'il arrivait un problème, un accident, à un résident à l'extérieur de la résidence. Ceci a été répété à plusieurs reprises en notre présence et pourtant, le sentiment de la responsabilité continue de peser fortement sur certains membres du personnel.

> « Nous on se pose la question quelle est notre responsabilité sur les personnes qui déambulent jusque dans la rue c'est un problème et les familles ne comprennent pas toujours qu'on ne puisse pas avoir un œil sur leur proche, leur famille. Donc des fois, des conflits, des petits conflits parce que incompréhension » (entretien AS n°3)

Ainsi les aides soignants redoutent les réactions des familles sur deux points principalement : la sécurité des personnes – accident, chute, et leur « aspect » - hygiène, apparence. Il est vrai que les aides soignants sont en contact régulier et direct avec les familles puisque toujours présents dans les couloirs et les chambres, présents en nombre le week-end – jours de visite par excellence – alors qu'il n'y a qu'une seule infirmière pour la fin de la semaine.

Cependant, plus encore que les familles, ce qui semble peser sur les aides soignants et

guider parfois leurs action vis à vis des résident, est le poids du collectif, du regard du groupe sur le travail de chacun.

.....1.2 Le pouvoir de contrôle de l'équipe

Il est difficile de parler de collectif dans le cadre de la structure étudiée tant les retours divergent à son sujet et qu'il ne semble pas exister et fonctionner un collectif porté par une action collective sous tendue par des objectifs communs. Nous parlerons donc d'équipe.

L'équipe est présentée par tous comme primordiale, en particulier dans le cadre de l'accompagnement de personnes démentes :

> « C'est de plus en plus important. Autant avant, je me voyais faire mes toilettes seule, j'arrivais à gérer, les gens nous aidaient beaucoup plus. Alors que maintenant, quand je suis en échec, je vais chercher les collègues ou j'appelle les agents quand j'y arrive pas. Alors qu'avant ce souci là se posait rarement. On se sollicite beaucoup plus entre nous. » (entretien AS n°5)

Nous l'avons vu, la chaîne des actions des soignants face à un refus de soin s'achève régulièrement par un « échange » de résident à prendre en charge, ou une coopération ponctuelle pour un soin. Si, pour la moitié des aides soignants rencontrés en entretien, l'équipe est considérée comme solidaire de chacun : « Ici, pas de soucis. Enfin moi je sais qu'à chaque fois que je demande il y a quelqu'un. Je sonne ça peut être un agent qui passe par là, c'est pas forcément sa tâche de travail. » (entretien AS n°5). Pour d'autres elle présente des divisions, qui pèsent parfois sur le travail.

L'équipe semble effectivement exercer une pression sur l'activité de chacun. Ainsi des aides soignants se sentent contraints par le regard de leurs pairs sur le résultat de leur travail, les résultats étant compris ici comme les « soins réalisés ». En effet, les aides soignants restent sur la même aile parfois plusieurs jours de suite, mais ce n'est pas toujours le cas, en particulier pour les personnes présentes « en pointillé » : les remplaçants et les personnes à temps partiel. Ne pas réaliser un soin une journée, revient donc souvent à le laisser au soignant présent le jour suivant, et donc, à augmenter sa charge de travail :

> « Il y en a beaucoup qui se mettent une pression dans le personnel sur le fait qu'ils aient pas fait des soins, quand je te dis qu'il disent « mais ah qu'est ce qui vont dire

> les collègues ? », c'est pas des paroles en l'air, ça existe. (…) Moi j'ai déjà entendu « ah bah oui, y'a pas eu ça, c'était qui ? » (…). Je peux t'en citer des filles qui mettent une pression pour des trucs, tu vois où ça mène. Après c'est vrai que quand tu rentres là dedans, le résident tu le vois plus, tu vois juste ce que tu as à faire et que tes collègues voient que tu as bien fait, ça c'est un constat, ça ça existe. Je dis pas que tout le monde est comme ça mais il y en a, plus qu'on ne croit. » (Entretien AS n°6)

> « Une toilette qui ne va pas être faite ou la douche non faite parce que la personne crie, on sait que certaines personnes ne vont pas l'accepter, ils vont lui faire sa douche quand même, ils sont encore dans leur grille. C'est pas facile de supporter le regard de l'équipe. » (Entretien AS n°4)

> « Il y a la culpabilité, « j'ai pas fait mon boulot donc je le laisse à ma collègue qui va venir le lendemain après moi ». Il y a des retours « elle s'est pas foulée hier, refus de soin, je fais pas la douche et c'est moi qui vais m'y coller aujourd'hui parce qu'il faut faire » ». (Entretien AS n°1)

En définitive on peut faire le constat suivant. Une partie de l'équipe va être respectueuse de la décision prise par chacun d'entre eux quant à l'arbitrage réalisé autour des toilettes difficiles. Certains soignants, à l'inverse, vont faire porter une certaine « culpabilité » sur les aides soignants qui n'auraient pas « fait le soin », le repoussant de fait à plus tard, au lendemain, et souvent à un autre soignant. La situation est résumée ainsi :

> « Face au refus de soin, il y a un peu deux écoles, il y a ceux qui vont dire « moi j'ai une autre toilette demain », il y a d'autres collègues qui vont dire « c'est pas grave, tu peux pas tu peux pas », je crois que plus on avance dans le temps, et plus les gens acceptent que il faut pas forcer. Avant on était beaucoup sous pression, entre nous, on se mettait la pression « t'as pas fais ci, t'as pas fait ça » » (Entretien AS n°4)

Ainsi, dans les entretiens, les qualificatifs et les fonctions associés au collectif sont ceux de « solidarité », « cohésion » ou de « culpabilité », « tension », « clans », « pression », « peur de s'exprimer ». Deux types de discours opposés ont été identifiés.

Cette pression de membres de l'équipe exercerait une forme de contrôle intériorisé – sous forme de culpabilité ou de peur du regard - sur les actions les uns des autres. En effet ne

pas faire un soin, une douche quand elle est prévue au plan de soins par exemple, au motif d'un « refus de soin » est susceptible d'être considéré ou comme un échec professionnel, ou comme une manière d'esquiver une partie du travail volontairement :

> « Après elles ont un regard aussi par rapport à leurs collègues, c'est à dire que quand elles font pas le travail, elles ont l'impression d'être jugée par leurs pairs en disant ben voilà elle se l'est coulée douce elle a dit qu'elle était en refus de soin, comme ça elle a pas fait la douche, tranquille c'est moi qui me la paie. (…) C'est vrai qu'il y a toujours quelques phénomènes qui s'engouffrent dans la solution de facilité [le refus de soin] » (Entretien Infirmière coordinatrice)

Cette situation rend aussi parfois difficile l'expression des difficultés rencontrées par les soignants, en groupe :

> « Je sais qu'il y a plus de la moitié des professionnels qui ne vont pas parler de leurs difficultés aux transmissions, toujours la peur de qu'est ce qu'on va penser de moi. » (Entretien AS n°6)

Comment mieux comprendre ces tensions, quelles en sont les origines ? Les choses ne semble pas évidentes, en effet, de nombreuses divisions traversent l'équipe.

Une première clé de lecture concerne les formations d'origine qui peuvent cristalliser une partie des tensions. Les personnes issues de formation AMP considèrent souvent les aides soignants, formés dans les écoles d'aides soignants, comme uniquement portés sur le soin technique au détriment des aspects relationnels :

> « La formation AMP m'a appris à prendre en charge les personnes désorientées. Moi je vois la différence entre un soignant et un AMP. Le soignant va à tout prix axer sur le soin, il faut à tout prix que ça brille que un AMP va plus considérer la personne. » (Entretien n°8)

Au delà des formations initiales, les aides soignants titulaires et les remplaçants semblent former deux groupes relativement distincts. Les conditions d'emploi les différencient évidemment : les premiers ont généralement de l'ancienneté, sont en contrat à durée indéterminé et disposent d'un planning fixe et connu des mois à l'avance. Les seconds sont plus récemment arrivés, même s'ils travaillent parfois depuis plusieurs années pour

l'établissement, mais remplacent les titulaires pour des arrêts ou des congés qui peuvent être très courts - une journée - et ne connaissent leur emploi du temps que d'une semaine sur l'autre. Ils cumulent des contrats à durée déterminée. La mise en cause de professionnels titulaires accusés de pratiques maltraitantes a été mal vécue par l'ensemble des titulaires. Ceux-ci se sentant plus ou moins « attaqués » par les remplaçants – qui auraient chercher à dénigrer et accuser les titulaires pour « prendre leur place ».

> « Il y a des clans qui sont formés entre ceux qui sont titulaires et celles qui sont remplaçantes, il n'y a plus de lien entre les deux. Le climat social au sein de l'entreprise est plutôt délétère en ce moment. » (Entretien AS n°1)

En outre, on observe aussi une certaine partition de l'équipe entre « jeunes » aide soignants et « anciens ». Celle-ci est à relativiser puisque les personnes travaillant depuis longtemps dans l'établissement sont à la fois perçues comme dépositaires de beaucoup d'expérience, et à la fois considérées comme installées dans des habitudes difficiles à faire évoluer (sur l'acceptation des refus de soin par exemple) : « il y a des gens qui sont là depuis le début, il y a des habitudes qui se changent pas comme ça, c'est confortable de rester dans notre petit cadre ». (Entretien AS n°4)

Enfin, un dernier point de clivage au sein de l'équipe est l'attitude des professionnels vis à vis des aspects relationnels du métier, et de l'animation en particulier. Sans que cela soit véritablement explicite, une part des aides soignants considère que le travail réel et prioritaire réside dans le « faire » : les toilettes, les couchers/levers, répondre aux appels, aider au repas. Accompagner une sortie, s'arrêter pour prendre le temps d'échanger avec un résident serait non seulement considéré comme du récréatif, mais augmenterait aussi la charge de travail « réel » sur les autres aides soignants :

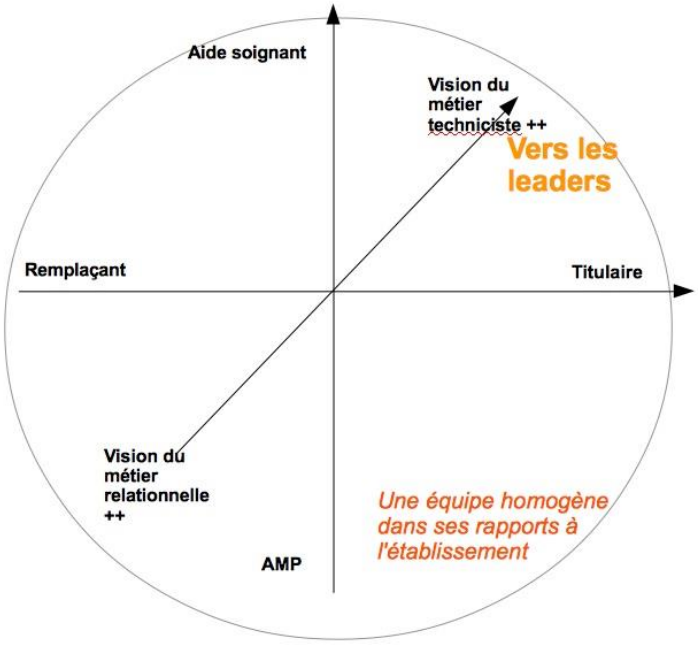
> « Tu te poses 10 minutes avec quelqu'un pendant que tes collègues sont en train de courir dans tous les sens à répondre aux « bips », tu as les yeux noirs braqués sur toi parce que toi tu fous rien et les autres sont celles qui bossent alors que moi je considère qu'être dans une relation avec quelqu'un ça fait partie de notre boulot » (Entretien AS n°1)

Malgré ces tensions, d'origines variées, qui peuvent avoir un impact sur les actions et le comportement de certains aides soignants, afin de rester « dans le groupe », de ne pas s'en

sentir exclu, il faut constater que l'équipe « mine de rien, tient la route ». Lors des l'évaluation interne en 2012, le personnel a assez largement été volontaire pour participer aux groupes de travail, l'absentéisme n'est pas trop important – il reste comparable aux taux constatés dans le secteur - et l'animatrice, même si elle dit rencontrer des difficultés pour mobiliser certains aides soignants, parvient malgré tout à organiser avec eux, des moments d'animation sincères et réguliers. De plus, l'établissement a une tradition de grandes fêtes (fête de Noël, anniversaire de la résidence, fête du printemps, etc.) qui mobilisent, dans une résidence décoré, tout le personnel parfois costumé, parfois chanteurs ou comédiens.

Pour conclure, nous pourrions dire que l'équipe aide soignante est très divisée en ce qui concerne son approche de l'activité quotidienne. Ces divisions sont multiples et portent sur des critères variés (formation initiale/ancienneté/statut par rapport au poste/vision du métier). De ce morcellement de l'équipe, émergerait malgré tout, d'après l'infirmière coordinatrice un petit groupe leader réfractaire à la hiérarchie qu'elle représente et qui exercerait une forme de pression sur le restant de l'équipe pour se conformer à leurs comportements et ne pas s'exprimer sur son travail, ni en groupe au moment des transmissions, ni de manière individuelle (voir plus loin). Pour autant, on observe une forte mobilisation de l'équipe sur des questions ayant trait à l'organisation démontrant un attachement à la structure elle-même.

L'équipe et la place de chacun pourraient, selon nos observations, être schématisée ainsi :



Dessin 9: Tentative de modélisation de l'équipe et ses courants

Il faut comprendre le schéma ci-dessus comme étant en 3 dimensions : un axe formation, un axe statut (avec des gradations possible entre nouveau remplaçant, remplaçant en CDD long, nouveau titulaire, titulaire depuis 15 ans), et un axe vision du métier (parfois lié à la formation mais nous avons croisé des AMP présentant une vision techniciste du métier et inversement). Nous faisons l'hypothèse que les personnes exerçant une forme de contrôle et occupant une place de leader dans l'équipe se situeraient plutôt à la rencontre d'une formation aide soignants, un statut titulaire ou y tendant, et une vision du métier portant vers la primauté des soins techniques.

Après avoir étudié la composition de l'équipe, il convient de se pencher sur les moyens qui lui sont donnés d'échanger et de se transmettre des informations.

.....1.3 Des espaces et des temps d'échanges

Les aides soignants, infirmières et ASH se retrouvent quotidiennement (à l'exception des samedis et dimanches) pour « les transmissions ». Animée par les infirmières, cette réunion qui se déroule de 14h à 14h30 dans la salle de restauration a pour but d'échanger des

informations sur l'état de santé des résidents. En fonction des jours, ce sont 15 à 20 professionnels qui participent à cette réunion : certains jours, le hasard des planning fait que plusieurs aides soignants ne participent pas aux transmissions : c'est en effet le cas des personnes travaillant à temps partiel et des remplaçants, dont la journée de travail ne comprend pas systématiquement le temps de transmissions. Concrètement, les infirmières font face, souvent assises derrière une table, aux aides soignants et ASH assis plus ou moins en « arc de cercle » autour de la table des infirmières. Les aides soignants et ASH, pour la plupart, retrouvent leur place chaque jour, et – à quelques exceptions près – les groupes aide soignant et ASH ne se mélangent pas. Selon les jours, une infirmière ou les aides soignants du matin égrènent les noms de résidents, aile par aile. Cette énumération est interrompue chaque fois que quelqu'un a un commentaire à faire ou une information à fournir sur le résident nommé.

L'observation de cette réunion au moins 2 fois par semaine pendant 7 mois nous a permis de dégager plusieurs constantes :

- **un cadre rigide**. La réunion est figée jusque dans la disposition des meubles et des personnes. Les infirmières arrivent légèrement après les aides soignants et les ASH puisqu'elles déjeunent tard. Quand elles s'installent, les conversations s'arrêtent peu à peu et l'énumération commence.
- **un contenu répétitif**. Les personnes qui interviennent sont souvent les mêmes – certaines ne parlent jamais - et les résidents dont il est question sont souvent les mêmes également, sur des thèmes qui reviennent : « difficile avec Mme X ce matin », « On a encore rattrapé Mme XX sur le parking hier soir », etc. La récurrence de l'évocation de certains faits est frappante, au regard du nombre de personnes prises en charge et de l'importance de certaines pathologies et de leurs implications. Durant plusieurs semaines, il a par exemple été question tous les jours ou presque d'un monsieur qui ne souhaitait pas dîner dans la salle de restaurant alors qu'il était jugé suffisamment en forme pour le faire. Une partie de l'équipe déplorait cette situation et la rappelait sans cesse aux infirmières. Dans le même temps, de nouvelles personnes étaient admises, dont il était à peine parlé, des résidents en fin de vie pendant de longues semaines n'étaient pas systématiquement

évoqués en transmission.

Auprès des aides soignants et dans le cadre des entretiens, nous avons cherché à savoir de quelle manière cet espace d'échange était touché par la prise en charge des personnes désorientées et le rôle qu'il y jouait. A nouveau, les réponses ont été assez contrastées. Pour une part des aides soignants, les transmissions représentent un lieu d'échanges et d'expression des difficultés quotidiennes adapté, pour d'autre, il est inutile puisqu'il ne produit pas de réponses, et enfin pour certains, il est nuisible car il inhibe la parole, voire enfonce les professionnels dans leurs difficultés.

Espace adapté	**Espace inutile**	**Espace dommageable**
« Parfois on peut dire, j'ai ce problème là et une autre collègue va dire oui moi aussi ça m'est arrivé, pour moi c'est primordial » « On en parle aux transmissions, on dit ce qu'on pense. Dans notre quotidien on en parle pas tout le temps. »	« Au moment des transmissions, les choses sont dites, sont posées, mais qu'est ce qu'on fait après,qu'est ce qu'on met en place comme action ? » « On en parle plus parce que ça fait tellement partie du quotidien que voilà on dit aux transmissions « ça a été encore difficile ce matin, point » » « Les transmissions c'est de l'information ça résout pas grand chose, quand tu entends 15 fois dire « M. L ne veut pas venir manger », voilà » « Quand tu viens régulièrement aux trans, on décroche au bout d'un moment. »	« Moi personnellement je suis pas gênée de parler aux transmissions, si j'ai quelque chose à dire je le dirai, mais je sais qu'il y a plus de la moitié des professionnels qui ne vont pas parler de leurs difficultés aux transmissions, toujours la peur de qu'est ce qu'on va penser de moi. Si j'entends qu'une collègue a une difficulté avec une personne, je vais l'entendre, voir si on peut trouver des solutions, mais je sais qu'il y en a d'autres qui ne vont pas forcément les aider, qui vont se moquer, ça existe. » « Parler aux transmissions, si tu as un problème, quelqu'un va dire « ah oui mais non », mais on est tous comme ça on dit « avec Mme untel c'est difficile » et l'autre « ah ben moi hier c'était très bien ». Alors l'autre elle a déjà une chape parce qu'elle a pas pu faire ce qu'elle devait faire ou ça s'est mal passé, et t'as la nana a côté qui met une deuxième couche en disant, « moi hier c'était nickel, je comprends pas ». » « Si j'ai vraiment quelque chose qui me tient à cœur en fait, je vais pas l'évoquer aux transmissions »

Nous avons vu que la prise en charge des personnes démentes creusait l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, que les aides soignants se sentaient parfois seuls face aux compromis à élaborer devant les familles et l'équipe, pas toujours « soutenante », et que les

espaces existants pour aborder les difficultés rencontrés ne remplissaient pas leur rôle de manière générale et schématique. Voyons maintenant les effets que tout ceci peuvent avoir sur la santé des aides soignants.

.....1.4 La santé au travail des professionnels

En préparant les entretiens avec les aides soignants, nous avions plutôt envisagé que les comportements agressifs - manifestations des maladies neurodégénératives peut-être les plus marquantes pour des non-avertis – étaient potentiellement source de blessures psychologiques, d'une certaine souffrance pour les aides soignants.

> « C'est une évidence, on parlait de la dépendance physique qui se mesure facilement, par exemple via les efforts de manutention, a un lien fort avec le physique des soignants, la dépendance psychique des résidents va avoir un lien fort avec la santé psychologique des salariés. » (Entretien directrice)

Ce n'est finalement pas ce qui transparaît en majorité de nos résultats. Interrogés sur leurs ressentis face à des insultes ou des coups de personnes démentes lors de toilettes, la quasi-totalité des aides soignants répondent ne pas s'en sentir blessés. Si les premières fois, cela peut toucher, l'expérience du métier et le fait de pouvoir attribuer ces comportements à la maladie les font relativiser.

> « Les insultes ça ne me touche plus du tout, j'ai appris à faire avec. Même si ils nous insultent ils savent qu'on est présent. (...) la première fois, oui, on se sent touché quand on vous traite de tous les noms. Personnellement je ne pensais pas que les personnes âgées avaient autant de vocabulaire, au début les insultes ça fait bizarre, c'est choquant même au départ de se faire traiter » (Entretien AS n°4)

Les comportements et propos liés à la deshinibition vont par contre être considérés comme choquant par certains soignants, et venir bouleverser des schémas personnels existants :

> « Des personnes très desinhibées, on avait une dame comme ça, très vulgaire, ça allait très loin vraiment, (...) c'était des propos très crus, et ça m'avait choqué, ça me choque plus que « espèce de con » ou « salaud » comme ça arrive. Mais c'était que ces propos là très crus sur le sexe. C'était un sentiment très choquant par rapport à la personne. » (Entretien AS n°4)

Ces comportements décalés peuvent mettre mal à l'aise les soignants aussi vis à vis de visiteurs ou de proches.

> « Je me dis qu'ils sont pardonnables, enfin voilà, je me dis que c'est pas de leur faute. Je, mal à l'aise non, où des fois on est mal à l'aise c'est quand il y a des insultes, on a déjà eu des résidents qui insultaient ou par exemple devant les familles parce que nous on est dans le contexte, mais les familles qui sont en visite vont dire, c'est choquant pour quelqu'un qui vient de l'extérieur en fait. Donc là du coup j'étais plutôt gênée. Je dis mais non mais pourquoi vous dites ça, en essayant de raisonner, mais du coup on a toujours la sensation de pas être à l'aise forcément par rapport aux gens de l'extérieur qui arrivent dans ce contexte là quoi. » (Entretien AS n°5)

Finalement, les impacts de la prise en charge des personnes démentes, sur la santé des soignants semblent réelles et reconnus par tous, mais plutôt liés à d'autres causes que les comportements pouvant être considérés comme agressifs. Nous avons tenté de lister ces causes de souffrances, de répertorier les formes de mal-être rapportés, ce qui est venu naturellement dans les entretiens, et les conséquences de ce mal-être sur la prise en charge des résidents.

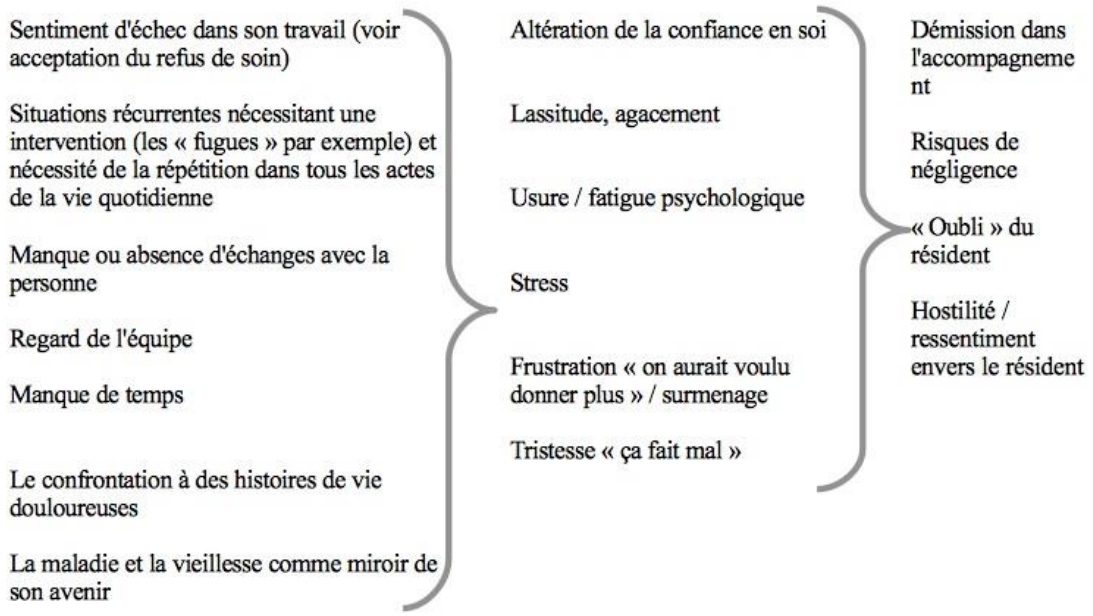


Illustration 4: Relevé non exhaustif des causes et effets de la prise en charge des personnes démentes sur la santé des aides soignants

Cette liste de causes et effets n'a pas de caractère automatique, les aides soignants faisant part d'un mal-être ne sont pas nécessairement négligents. Ils sont pourtant plusieurs à pointer le « risque de dérives ».

Les éléments répertoriés dans la colonne de gauche sont désignés comme étant une cause de souffrance psychologique pour les aides soignants, liée à la prise en charge de personnes désorientées (à l'exception du dernier point qui concerne la prise en charge de tous les résidents). Nous avons déjà abordé le thème de l'acceptation de l'opposition aux soins qui demande aux aides soignants un changement de posture dans leur travail. Les situations récurrentes, comme aller à la rencontre d'un résident se dirigeant vers le portail extérieur de l'établissement, sont jugées comme stressantes ou agaçantes.

> « C'est plus facile sur un plan psychologique oui, parce que la personne qui est physiquement, pour nous ça va être physique, ça va être porter la personne, l'accompagnement au quotidien mais il y aura une discussion, il y aura un échange, une personne qui a une pathologie un peu différente, là c'est autre chose, là psychologiquement on est quand même usé à la fin de la journée, on sait que ça va être comme ça, on sait que il va y avoir par exemple des gens qui vont poser la même

question toutes les 5 minutes, ou qui vont faire les mêmes choses tout le temps enfin c'est répétitif. ». (Entretien AS n°3)

« Des fois juste de mettre une chaussette, il va falloir dire 10 fois « levez le pied droit » sauf que le pied droit, elle va pas savoir lequel que c'est. C'est beaucoup plus compliqué de prendre en charge des personnes désorientées. Avec ces personnes là on doit tout le temps adapter au jour le jour en fait, chose que je n'ai pas apprise avant ». (Entretien AS n°5)

Le manque de temps à consacrer à chaque personne est souvent cité comme source de frustration. Les aides soignants ont, selon les « ailes », 10 à 15 toilettes à réaliser en 4 heures, soit en moyenne, moins de 20 minutes par personne. En réalité, tous les résidents ne sont pas demandeurs du même niveau d'assistance, pour certains, il va falloir mobiliser la personne, la changer, la laver entièrement, et l'habiller. Pour d'autres, il s'agit de s'assurer que tout va bien, de proposer une aide pour laver le dos ou un shampooing par exemple.

« On leur accorde pas le temps qu'ils ont besoin, c'est aussi une frustration au quotidien. C'est pas assez, on passe du temps à les rassurer, ils ont besoin de ça d'affection, d'être rassurés » (Entretien AS n°8)

Enfin, travailler avec les personnes démentes c'est être confronté à la maladie et la vieillesse qui renvoient chacun à sa propre fin et qui dérangent dans ce qu'elles donnent à voir : la terrible perte de sa propre conscience. Les personnes désorientées, plongées dans un passé lointain, remontent ou revivent des souvenirs, parfois difficiles à vivre aussi pour les soignants. Nous pensons à cette dame dont l'équipe pense qu'elle a dû subir des violences sexuelles. Cette personne supporte très mal les soins d'hygiène et s'exprime par cris, phrases très courtes et geste désordonnés. Très régulièrement, les aides soignants assistent à son immersion dans ses souvenirs douloureux, et en souffrent.

« Je peux te donner un cas concret celui de cette dame là, on pense que cette dame là a été violée. On a connu son mari qui était un monsieur assez violent, même parfois on se demande, on sait pas trop comme elle dit « papa », [...]. Et c'est généralement quand on fait la toilette intime où là elle se met à hurler, « non papa, fais pas ça », rien que d'en parler ça me donne la chair de poule » (Entretien infirmière coordinatrice)

Cette étude n'a pas pour vocation d'approfondir ce sujet, pourtant, il nous semble évident que ce dernier point pourrait être exploré, les propos rapportés ici, forts, dérangeants, montrant avec clarté la particularité, la violence parfois que peut représenter l'accompagnement des personnes démentes.

Nous nous sommes centrés jusqu'à présent sur l'action de l'individu et de l'équipe et de leurs conséquences en termes de santé. Il convient à présent de présenter les résultats de nos observations concernant le pilotage de l'action collective dans l'organisation, et de voir dans quelle mesure, il est également touché par l'accueil en nombre de personnes désorientées dans la structure.

.....1.5 Management

Nous allons examiner, dans un premier temps, les caractéristiques de ce que nous avons appelé le management de proximité, c'est à dire le premier « échelon » d'encadrement, au plus proche des aides soignants, puis les réponses qui ont jusqu'à présent été apportées en prévention de souffrances au travail et devant le constat de difficultés dans la prise en charge des personnes démentes.

.....1.5.1 Le management de proximité

.....1.5.1.1 Un management aux contours flous

Le management de proximité pour les aides soignants est actuellement incarné pour l'infirmière coordinatrice. En effet, elle est en charge de l'animation et la coordination de l'activité en ce qui concerne le soin. Pourtant son positionnement ne semble pas si clair :

> « Sur le soin, c'est moi le supérieur hiérarchique. Tout ce qui est organisation de travail, c'est, on fait toutes les deux [avec la directrice] l'organisation de travail, tout ce qui est après administratif, les contrats machin et tout, on est complémentaires je peux dire. Autour du soin c'est moi normalement, après je fais pas tout toute seule, il y a des choses dont on discute ensemble. » (Entretien infirmière coordinatrice)

Les tâches d'encadrement sont partagés avec la directrice, cette dernière étant davantage centrée sur la partie « administrative ». Pourtant c'est elle qui recrute et rencontre la majorité des aides soignants en entretien annuel. C'est encore elle qui les reçoit pour

envisager des ruptures de contrat, des changements d'horaire, des modifications du temps de travail et qui entend et discute les motivations de ces demandes. Vers qui se tournent donc les aides soignants, et pour quoi ?

Tout d'abord, le soin ne constitue pas, comme nous l'avons vu, la seule mission des aides soignants, ils sont aussi attendus sur l'animation, et des occupations relationnelles notamment l'après-midi entre 16h et 18h. L'animatrice (0,5 ETP) coordonne les animations et cherche en permanence des aides soignants motivés pour mener certaines activités, en proposer de nouvelles. Mais cette personne ne dispose d'aucun lien administratif avec les aides soignants : ni hiérarchique, ni fonctionnel. De plus, elle a occupé la fonction d'ASH dans l'établissement durant quelques années avant de devenir animatrice, sans être passée par une formation ou une validation des acquis. Il n'est pas ici question de compétences, mais on peut tout de même s'interroger sur la perception de sa légitimité à « demander » voir « quémander » (c'est le sentiment qu'elle peut avoir) du temps des aides soignants.

D'autre part, la gestion quotidienne des plannings est assurée par l'assistante de direction. Elle place les remplaçants, procède éventuellement à des échanges, comptabilise les jours de congé, répartit les jours fériés travaillés. Et son autorité dans le domaine semble plutôt reconnue. Les aides soignants reconnaissent sa volonté de faire au mieux et souvent, elle ne demande pas l'avis ou la disponibilité des remplaçants avant d'organiser leur planning. Nous avons d'ailleurs eu l'occasion – au cours de l'étude – de travailler sur ces plannings et il nous a été conseillé de cesser de demander à chacun son accord pour les changements de planning, « sinon on s'en sort pas ».

Enfin, l'autorité hiérarchique est incarnée par la directrice. Comme nous l'avons vu elle est en charge de la gestion des ressources humaines de l'établissement. Elle est garante d'une certaine philosophie, d'un sens donné à l'accompagnement dans l'Ehpad, elle imprime sa marque : le personnel trouve en elle quelqu'un pour aborder ses difficultés et envisager des solutions en termes de temps de travail par exemple, mais ceux-ci doivent faire preuve d'une grande loyauté et honnêteté vis à vis de l'établissement.

Les demandes et injonctions proviennent donc de plusieurs sources pour les aides soignants : infirmière coordinatrice, directrice, animatrice, assistante de direction. Si les injonctions ne sont pas forcément contradictoires, on peut déjà voir que les différentes

sources n'ont pas la même légitimité. Nous allons nous pencher plus spécialement sur la place occupée par l'infirmière coordinatrice, la plus proche, en termes de proximité professionnelle, mais aussi au quotidien et dans l'appréciation du travail réel, des aides soignants.

.....1.5.1.2 Place de l'infirmière coordinatrice et attentes

Selon l'infirmière coordinatrice, ses missions vis à vis des aides soignants sont de deux types : un rôle d'écoute et de présence, et une fonction de contrôle du travail et de la qualité du travail dans un but d'amélioration de celle-ci. Pour cela, comme elle fait le constat que ce sont toujours les mêmes personnes qui s'expriment en transmission, elle a pris l'habitude d'ouvrir « grand la porte » de son bureau et de « papoter avec les aides soignants, on parle de la pluie et du beau temps mais c'est pas complètement anodin c'est bon, voilà, on discute un petit peu de tout et « sinon ça se passe bien ? » et là, en tête à tête, sans les autres qui sont là pour écouter et pour juger, ils peuvent me donner des choses, s'ils en ont envie. » (Entretien infirmière coordinatrice). Par rapport à ses missions de contrôle et d'aide, elle participe à certaines toilettes difficiles (oppositions fortes, fin de vie) quand cela lui est possible et elle consulte les plans de soin et les transmissions écrites pour « regarder qui a fait, qui a pas fait » dans un but d'aider les soignants dans leurs tâches.

Dans les entretiens menés avec les aides soignants, deux façons de voir ce management de proximité se retrouvent : certains disent facilement échanger avec elle, venir la trouver en cas de problème dans le travail, de décision à prendre. D'autres au contraire ont plutôt exprimé le sentiment de ne pas être écoutés, pas compris dans leur travail. Ces positions diamétralement opposées traduisent aussi les tensions que l'on a perçues au niveau de l'équipe. Selon l'infirmière coordinatrice, rien de plus normal que cette opposition d'un groupe « d'une minorité mais une minorité assez forte au niveau tempérament », il s'agirait de personnes naturellement réfractaires à l'autorité que l'on trouverait dans toutes les organisations.

.....1.5.2 **Des réponses centrées sur l'individu**

Devant les difficultés rencontrées par les aides soignants, deux types de réponses ont été apportées jusqu'à présent par l'organisation, essentiellement basées sur l'idée selon laquelle

l'individu, face à son travail peut prévenir ou résoudre des difficultés grâce à de nouvelles compétences et connaissances.

.....1.5.2.1 Formations et compétences

L'accompagnement de personnes démentes requiert un certain nombre de compétences spécifiques, compétences qui peuvent être enseignées et qui sont rappelées dans les recommandations de bonnes pratiques régulièrement diffusées par l'ANESM.

> [parlant du travail des aides soignants auprès des personnes désorientées] « Je pense que c'est une question de personnalité, de compétences et de formations aussi, je pense qu'il y a des pré-requis qui sont complètement indispensable au travail auprès de ces populations parce que c'est extrêmement complexe. » (Entretien directrice)

Savoir accompagner les personnes désorientées pourrait donc relever en partie au moins de problématiques personnelles (la personnalité) et de formation (les compétences). Partageant cette idée, la directrice a, assez naturellement, mis l'accent sur le soin apporté lors du recrutement des personnes : formation initiale, regard porté sur la profession aide soignante, éléments de personnalité.

Le personnel de l'établissement s'est toujours vu proposer des formations sur des thèmes variés. Nous leur avons demandé ce qu'ils pensaient des enseignements de leur formation initiale dans un premier temps, au regard des exigences professionnelles liées à la prise en charge des personnes démentes, et leur vision des formations proposées par l'établissement.

Tout d'abord, les aides soignants font le constat unanime d'une formation initiale insuffisante, et en décalage par rapport aux réalités de terrain. Selon eux, les compétences et techniques, les postures et qualité nécessaires ont été apprises au fil de l'expérience.

> « J'ai eu beaucoup de bourrage de crâne pour des tas de choses : la manutention, comment bien faire un lit, les pathologies oui on a vu ça mais il y a un temps à respecter, on fini par nous mettre des photocopies donc y'a pas de discussion, y'a rien et on se débrouille tout seul et je me suis sentie un peu démunie en sortant de l'école. » (Entretien AS n°3)

> « On n'est pas formés pour, il n'y a pas de formation à l'école d'aide soignant pour l'angoisse, c'est tout nursing, ça va pas plus loin (…) j'ai été accompagnée par des

> gens qui étaient déjà dans le milieu depuis longtemps donc j'ai vraiment commencé avec des anciens qui avaient de l'expérience. Et eux font vraiment face aux réalités des problèmes. Alors qu'une formation c'est théorique. L'apprentissage se fait dans le métier. » (Entretien AS n°7)

Les aides soignants interrogés sont plus nuancés concernant les formations proposées par l'établissement. Si certains sont demandeurs de trucs et « astuces » (Entretien AS n°5) pour pouvoir mieux accompagner les personnes désorientées, d'autres jugent limités les bénéfices des formations. Selon ces derniers, une formation restera, par définition théorique, et, sans être complètement inutile, n'apportera pas les réponses qui sont attendues sur le terrain. En effet ce qui est considéré comme indispensable, au delà des « astuces », c'est une capacité à prendre du recul sur son travail pour ne pas perdre de son sens.

> « Je pense qu'il faudrait des formations, des piqûres de rappel tous les ans, style bientraitance, tous les termes qu'on emploie maintenant, c'est bien, mais quand on ressort de là, on se dit oui c'est magnifique, mais comment l'appliquer après au jour le jour dans nos structures ici, laisser le temps à la personne de faire, moi je veux bien, si on me donne trois personnes à faire dans la matinée y'a pas de soucis. Pour moi il faudrait plutôt des formations pour apprendre à lâcher prise sur certains domaines, pour pouvoir se dire là j'ai pas pu ben c'est pas grave, apprendre aux gens à voir le travail différemment et pas rester que sur la bientraitance, parce que la bientraitance c'est très bien, mais théorique, on voit bien quand on va une journée avec des psychologues, des médecins, ils vont nous dire des trucs merveilleux, on dit pas non mais après il faut l'appliquer et tout réside là. » (Entretien AS n°6)

Cet aide soignant ne remet pas pas ici en question un accompagnement digne des personnes accueillies, mais souligne le fait que les formations sont parfois déconnectées des réalités de terrain et qu'il serait plutôt utile d'accompagner les soignants à considérer humainement les résidents, au quotidien, et simplement, sans avoir les yeux rivés sur des tableaux de bord. En définitive, si la formation initiale est jugée largement incomplète par tous les aides soignants rencontrés, la formation continue, si elle est appréciée, n'est pas considérée comme une réponse suffisante pour en pallier les manques.

Il est peut-être utile de rappeler que l'origine de certaines de ces difficultés peuvent aussi transiter par des questions organisationnelles et structurelles qui dépassent les individus et leurs compétences. Ainsi, si l'acquisition de celles-ci est indispensable dans une certaine mesure, la qualité de la prise en charge des personnes désorientées ne peut y être uniquement liée.

L'accent est mis également, dans la structure, sur la prévention des risques psychosociaux - risques professionnels mettant en jeu l'intégrité physique et psychique des salariés - liés à un comportement individuel inapproprié.

.....1.5.2.2 Prévention des risques psychosociaux

La prévention des risques psychosociaux est un élément fort de la politique des ressources humaines de l'établissement et plus largement de la maison-mère, un vaste plan concernant la santé et le bien-être des salariés au travail a ainsi été initié en 2010. Les éléments de cette politique, tels que nous avons pu les observer dans le cadre de notre étude21, reposent sur l'idée que le mal-être au travail est principalement lié à des pratiques individuelles inadaptées. Ainsi des formations pratiques et théoriques venant remédier à ces insuffisances pourraient prévenir les risques psychosociaux. Les professionnels sont invités et formés à utiliser du matériel facilitant le travail physique (en ce qui concerne les mobilisations de personnes très dépendantes physiquement) pour limiter les dommages corporels. Des formations ont été proposées sur les thèmes de la nutrition ou du sommeil, visant à donner des éléments théoriques et à proposer des habiletés pratiques dans ces domaines. Enfin, il est proposé depuis peu aux salariés de la structure, des modules d'activité physique adaptée permettant de s'échauffer avant commencer sa journée de travail.

La maison-mère propose également un numéro accessible à tous les salariés à n'importe quel moment donnant la possibilité d'échanger avec un psychologue de problématiques touchant à la sphère privée ou professionnelle. Ces appels sont évidemment anonymes et, la maison-mère est seulement informée du nombre d'appels passés et de leur durée.

Sans aller plus loin dans l'analyse, car ce n'est pas ici l'objet principal de l'étude, on voit

[21] Il faut préciser ici que nous n'avons pu observer qu'une partie de ce plan. Nos observations ne sont donc valables que sur ces points

que la façon dont sont approchés les risques psychosociaux ne reprend pas les éléments de nos résultats précédents, éléments qui dépassent souvent les simples comportements individuels pris hors de leurs contextes. Nous voyons qu'aucun des modules proposés jusqu'à présent dans l'établissement – nous ne savons si c'est le cas dans d'autres « filiales » de la maison-mère – ne porte sur le travail réel, comme s'il était totalement étranger aux questions de bien-être au travail. On observe que les salariés eux-mêmes semblent souscrire à cette idée car les réunions de CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) auxquelles nous avons assisté n'ont jamais porté sur le « travail » et son organisation (questions plutôt traitées en réunion de délégués du personnel).

.....1.5.2.3 Formation interne

Concomitamment à la révélation de pratiques maltraitantes d'aides soignants, la directrice, avec l'infirmière coordinatrice et la psychologue de la structure avaient décidé de proposer des réunions appelées temps d'échanges et de réflexion (TER). Ces réunions se tiennent en théorie une fois par mois, en lieu et place des transmissions de la mi-journée, avec les personnes présentes, aides soignants, ASH et infirmières et un thème est abordé de manière concrète, la psychologue animant les échanges. La première de ces réunions, sur le sujet du refus de soin a permis de « dire » beaucoup de choses et a débouché sur une mesure concrète : la famille d'une personne totalement dans l'opposition serait rencontrée par un aide soignant et une infirmière pour faire le point sur les soins à dispenser. Ce plan a été suivi et ses résultats salués par tous. Le fait que cette réunion ait été suivie d'effet semble essentiel aux yeux des aides soignants :

> « Je suis persuadée que, ce qu'a commencé M[psychologue], c'est très bien, les TER c'est de réfléchir, mais c'est bien beau de dire les choses mais qu'est ce qu'on met en place après derrière, si y'a rien derrière, c'est un coup d'épée dans l'eau, pour moi ça sert à rien. » (Entretien AS n°1)

Les résultats de notre étude nous montrent que, sur le terrain étudié, la prise en charge de la démence a des effets sur la réalité du travail – notamment en creusant l'écart entre travail réel et travail prescrit, des effet sur l'action collective et sur les interactions entre les aides soignants, et enfin, directement et indirectement, des effets sur leur santé.

Comment ne pas en rester à cette simple constatation ? Nous avons vu la complexité de la situation, tous les éléments s'imbriquant empêchant à première vue une lecture simple – ou simpliste – de la problématique.

Pour Mintzberg, « personne n'a la réalité en tête. Aucune tête n'est assez grande. Ce que nous avons, plutôt, ce sont des pensées, des impressions et des croyances à propos de la réalité, et des mesures que nous appelons des faits » (Mintzberg, 1982, propos tirés de l'introduction), c'est pourquoi les modèles et théories, qui nous offrent des grilles de lecture de cette réalité complexe, sont intéressantes. Les théories sont utiles pour Mintzberg quand elles sont à la fois puissantes dans leurs capacités à analyser les situations réelles, et simples.

Nous allons donc essayer d'analyser ces résultats de terrain au regard des cadres théoriques présentés en première partie. Cet exercice nous permettra de porter un nouveau regard sur nos conclusions et de discuter les concepts abordés.

2 Discussion

Notre enquête a montré, notamment en s'appuyant sur l'exemple de la toilette, que la prise en charge des personnes désorientées en Ehpad a eu pour effet de creuser l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, ce dernier étant variable, inattendu, mal-connu et sans cesse renouvelé. Quel regard nous permet de porter la revue de littérature sur ces résultats ?

Nous verrons dans un premier temps comment les théories sur le stress peuvent nous aider à déchiffrer les effets observés sur la santé. Puis nous nous attacherons à examiner ce qui guide l'action individuelle et collective à l'appui de la théorie de la régulation, et, dans un second temps, de la notion de rôle. Nous en déduirons un positionnement des salariés par rapport au travail et, plus tard, des leviers d'action envisageables en termes de management.

.....2.1 Prise en charge de la démence et stress au travail

.....2.1.1 Vers des pertes de ressources ?

Pour Hobfoll (1989, 1993), c'est la perte de ressources qui est sources de stress. Au regard des résultats obtenus, peut-on considérer que les aides soignants font face, dans le cadre du travail avec des personnes désorientées à des pertes de ressources ? Par « ressources », il faut entendre des éléments tangibles (financiers et matériels), mais pas uniquement, il peut aussi s'agir de ressources cognitives, d'interactions positives, du sentiment d'efficacité ou de performance.

Les aides soignants font remarquer que les personnes désorientées sont moins susceptibles de leur renvoyer une forme de reconnaissance pour le travail réalisé auprès d'eux – les soins déclenchant même plutôt parfois des insultes ou un rejet de la personne. De la même façon, les personnes démentes demandent aux soignants une mobilisation plus fortes de leurs compétences relationnelles et d'adaptation, que de leurs compétences techniques. Cependant, nous l'avons remarqué, et Lise Causse (2008) le souligne dans ces nombreux travaux, les aides soignants valorisent davantage les soins « techniques » par rapport aux

autres facette de leur métier.

Nous pouvons donc envisager que les aides soignants font face à la perte ou la diminution de deux ressources importantes : la reconnaissance par la personne prise en charge et le sentiment de performance ou d'accomplissement professionnel. Cette perspective et même cette réalité les mettraient dans une situation de stress telle que décrite par Hobfoll. Sa théorie pourrait donc venir confirmer ce qui nous a été transmis dans les entretiens.

.....2.1.2 Le temps comme élément de latitude décisionnelle

Le modèle du stress de Karasek (1979) peut être aussi éclairant pour expliquer les effets de la prise en charge des personnes démentes par les aides soignants. Pour rappel, ce modèle permet de classer les emplois en fonction de deux variables : l'intensité de la demande liée à cet emploi et la latitude décisionnelle laissée au salarié pour répondre à cette demande.

Dans le cas de notre étude, on peut considérer que les demandes liées à l'activité des aides soignants sont intenses : adaptation permanente aux situations, répétition des actions et paroles, forte attention et concentration nécessaires et responsabilité vis à vis des personnes prises en charge. Dans le même temps, les aides soignants semblent à première vue plutôt libres d'adapter leurs techniques et aptitudes aux situations rencontrées, ils peuvent même aller jusqu'à faire le choix de ne pas effectuer ou repousser un soin si le contexte l'exige. Ils sont pourtant soumis à une tension liée au temps imparti pour faire leur travail. L'établissement étudié est plutôt bien doté par rapport à d'autres structures du même secteur, mais malgré cela, les aides soignants se voient confier une aile de 10 à 15 résidents chaque matin. Cette situation les contraint fortement dans le temps et les pousse finalement à agir dans un sens qui n'aurait pas été celui emprunté sans contrainte temporelle. Reprenant le modèle de Karasek, nous pourrions faire évoluer le concept de latitude décisionnelle vers un ratio latitude décisionnelle/contrainte temps.

Nous obtiendrions alors le schéma suivant.

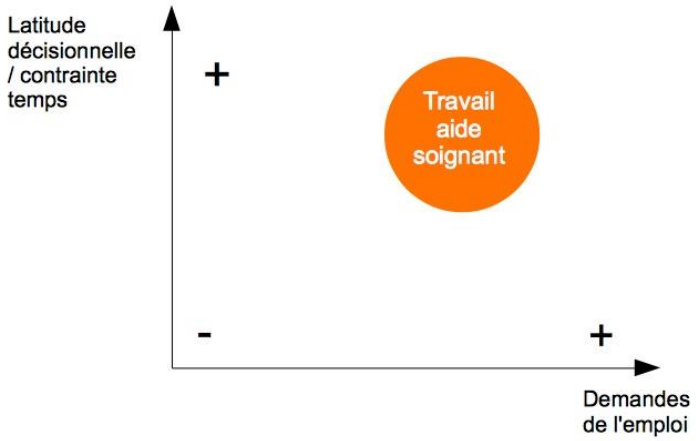


Illustration 5: Stress et travail aide soignant d'après Karasek

Nous avons vu que l'accumulation de stress pouvait mener à l'épuisement professionnel. Celui-ci, d'après Neveu (2006) peut se traduire par des comportements de négligence voire de l'agressivité. Nous n'avons rien observé de tel, mais les propos des aides soignants tendent à confirmer ce modèle. Selon eux, l'agacement, la fatigue, voire l'usure pourraient provoquer une certaine « démission dans l'accompagnement », des « dérives vers la négligence ». S'ils ne l'ont pas vécu eux-mêmes, peut-être en ont-ils senti les prémisses ou l'ont-ils observé ?

Nous ne pouvons pas et ne souhaitons pas émettre d'hypothèses sur ce qui a pu se passer pour les aides soignants dont les pratiques ont été mises en cause. Toujours est-il qu'il nous semble essentiel de veiller et trouver des éléments permettant de limiter le niveau de stress des aides soignants.

Nous avons pointé dans les résultats le fait que l'insatisfaction liée au sentiment de ne pas « bien faire » son travail était également une source de frustration pour les aides soignants.

.....2.1.3 L'aspiration au travail bien fait

« Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence, et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi, mais qui ne seraient pas ce qu'ils sont sans elles. » (Camguilhem,

« *Ecrits sur la médecine* », 2002)

Certains aides soignants montrent une insatisfaction dans le travail, source de frustration semble-t-il. Cette insatisfaction est liée au sentiment de « mal faire » son travail puisque les compromis pour lesquels optent les aides soignants quotidiennement comportent souvent une part d'inacceptable : laver et forcer, ne pas laver et respecter la volonté exprimée de la personne – très schématiquement. Les aides soignants mettent aussi régulièrement en cause le manque de temps qui les empêcherait de faire tout ce qu'ils imaginent être bon, notamment auprès de personnes désorientées. Leur prise en charge, notamment des symptômes comme l'anxiété, les difficultés à communiquer, nécessite beaucoup plus de temps que ne nécessiterait la prise en charge de personnes non atteintes par ce type de maladies.

Or pour Yves Clot, il n'y aurait « pas de bien-être sans bien faire » (Clot, 2010). Il est, dans ce cadre, inutile de s'interroger sur la qualité de vie au travail si l'on ne s'est pas d'abord penché sur la qualité du travail.

C'est autour de cette idée qu'un partenariat a été noué en 2013 entre l'Anact et la Haute Autorité de Santé (HAS). Le projet était d'élaborer une réflexion, dont l'enjeu concernait les liens entre qualité de vie au travail et qualité du travail, rassemblant les points de vue de directions d'établissements de santé, d'organisations syndicales, et d'experts-visiteurs de l'HAS. Les groupes de travail se sont retrouvés sur « l'hypothèse fondatrice [qui] renvoie à l'idée qu'à un sentiment de travail « bien fait » correspond un sentiment de qualité de vie au travail. C'est à l'inverse le sentiment de perte de reconnaissance du travail ou du sens au travail qui est problématique et dangereux pour la qualité des soins. » (Anact, 2010, Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé, p. 4)

On voit bien la pertinence de cette idée circulaire dans notre étude : une déception quant au soin dispensé à la personne entraîne une frustration, elle même source de désengagement dans le travail, de démotivation, voire, comme c'est bien décrit par certains aides soignants, un risque de négligences à l'endroit des personnes dont ils sont censés prendre soin.

L'Anact propose ainsi de dépasser les approches de la qualité de vie au travail par les risques, centrés sur la souffrance, et de s'intéresser aux conditions qui rendent possible une

qualité du travail. C'est l'organisation elle-même et dans son ensemble qui peut être interrogée dans ce but.

Pour Clot (2010), la responsabilité du management est donc de créer les conditions pour que s'organise une réflexion sur la qualité du travail – réflexion qui doit être collective, qui doit admettre les différences de points de vue et accepter les divergences. Cette réflexion permet en outre de ne plus faire reposer les compromis sur les seuls individus, en prises avec leurs valeurs, leur histoire de vie, mais sur des compromis collectifs, élaborés ensemble et reconnus. Dans l'étude réalisée, peu de solutions professionnelles ont encore vu le jour de façon collective.

Nous avons observé les effets de la prise en charge de la démence sur les aides soignants et leur santé. Nous percevons notamment que le travail auprès de personnes désorientées ré-interroge profondément la notion de « bien faire » du travail aide soignant. Or il est essentiel, pour n'importe quel travailleur de pouvoir se reposer sur cette base, sur cette conviction, que le travail que l'on produit est de qualité à nos yeux, qu'il est défendable. La remise en cause de ce « bien faire » n'est pas sans implications sur le « bien être » des aides soignants.

Mais ce ne sont pas là les seuls effets de la prise en charge des personnes démentes. Nous avons aussi observé qu'elle semblait avoir affecté les interactions entre les aides soignants, faisant évoluer l'élaboration même de l'action collective.

.....2.2 Formation de l'action individuelle et collective

.....2.2.1 Au regard du mode de régulation

Si l'on se place dans le cadre de la théorie de la régulation de Reynaud (1997), on peut essayer de modéliser la façon dont l'action collective s'élabore dans l'établissement étudié notamment au regard de la prise en charge de la démence.

Pour Reynaud, la régulation – l'élaboration des règles – peut être soit contrôlée (descendante, issue de la norme), soit autonome (informelle). En prenant l'exemple de la toilette, dans notre établissement, nous pouvons remarquer que la règle était autrefois une

norme imposée à savoir que la toilette devait être réalisée, le contexte important peu, d'une part parce que les personnes étaient moins opposantes aux soins, mais d'autre part parce que cette règle était définie comme « la bonne » manière de prendre soin. Cette régulation de contrôle s'est affaiblie, ou est perçue comme plus faible, du fait de la latitude laissée à l'aide soignant de faire ou ne pas faire le soin prévu en fonction de l'analyse du contexte.

Dans le même temps une forme de régulation autonome issue d'un groupe a fait son apparition et concurrence la régulation de contrôle fragilisée. Les règles élaborée par cette régulation autonome reprennent à leur compte les fondements de la régulation de contrôle disparue et portent sur l'idée principale que les tâches doivent être réalisées par les personnes et au moment prévu, sans quoi elles seront reportées sur d'autres membres de l'équipe à d'autres moments. Reynaud l'explique, la règle est d'autant plus forte qu'une sanction lui est associée. Dans le cas présent, la sanction, forte, de la régulation autonome est celle de l'exclusion ou la stigmatisation du groupe : des « regards noirs », des moqueries ou des remarques sont rapportées.

En induisant ce type d'interactions entre les acteurs, en soumettant l'action à une régulation autonome tournée vers l'optimisation du travail individuel, cette forme de régulation met en péril l'action collective. La régulation de contrôle qui avait cours auparavant n'est sans doute pas souhaitable pour autant, le travail aide soignant dans le cadre de la prise en charge de personnes démentes semble, par définition, opposé à ce mode de régulation laissant peu de place à l'adaptation des pratiques professionnelles à la variété des situations rencontrées. C'est donc bien la régulation conjointe – la rencontre des deux types de régulation – qui doit être recherchée.

Ce mode de régulation, nous dit Reynaud, est nécessairement atteint par l'organisation de la négociation. Cette recherche de régulation conjointe, doit donc être explicite, il est nécessaire de prendre en compte chacune des parties, leurs règles, leurs enjeux. Sans être encore franchement engagée, c'est la tendance qui se dessinait à la fin de la période d'observation sur le terrain.

Nous avons remarqué par ailleurs que les normes actuellement en cours s'appuient entre autre sur l'outil de suivi et de traçabilité des soins (les « plans de soins »). Leur appropriation par l'équipe soignante est variable : certains vont le concevoir comme un

support de transmission d'information et une nécessaire traçabilité des soins utiles aux médecins, infirmières, mais aussi à la famille, particulièrement en cas de problème. D'autres vont l'utiliser comme le prolongement de la règle.

Ainsi, paradoxalement, le mode de régulation plutôt autonome, puisque ce sont des professionnels que vont émerger des règles d'action, est aussi une régulation de contrôle ou plutôt autoritaire puisqu'elle s'impose à un grand nombre de professionnels au moyen d'une forme de sanction du collectif. La régulation n'est pas pour autant conjointe, car elle ne relève pas de la rencontre de la régulation autonome et la régulation de contrôle au premier sens du terme. Cette régulation autonome-autoritaire va prendre appui en partie sur l'outil de suivi qu'est le plan de soins.

Nous avons vu que la théorie de la régulation nous fournissait un cadre d'analyse pour comprendre à la fois la formation de l'action collective, mais également les interactions entre les aides soignants. Nous nous proposons de poursuivre à présent cette analyse à l'aide de la notion de *rôle* qui peut nous donner un éclairage nouveau sur la situation dans l'établissement étudié.

.....2.2.2 Au regard du ou des rôles des aides soignants

Si l'on entend le rôle comme étant, comme l'écrivent Burelier et Valette (2009) « la résultante d'interactions entre un individu et son contexte d'action », on comprend que chaque individu joue plusieurs rôles en fonction des situations rencontrées. Ces rôles sont caractérisés par des attentes ou une perception des attentes vis à vis de professionnels variées. Ces rôles peuvent entrer en conflit ou être ambiguë selon leurs objectifs et degrés de définition.

Ainsi, les aides soignants peuvent avoir le sentiment d'endosser des rôles différents selon qu'ils font face aux familles, à l'infirmière coordinatrice, à leurs collègues de travail et enfin et bien sûr, aux résidents. Ce dernier rôle, pris dans des attentes et injonctions perçues comme contradictoires parfois, est peut-être le plus oublié. Il faut toujours se demander « pour qui on fait le soin », « il faut toujours se dire, ce que je fais, est-ce c'est pour le

résident, ou pour l'équipe, ou pour la famille ? » (Entretien AS n°6)

Il est important de préciser ici qu'il s'agit d'attentes perçues et comprises par les aides soignants. Nous nous intéressons à cette forme de réalité et non à ce qui pourrait exister « dans l'absolu » ou objectivement. De plus, il s'agit d'une schématisation, certains professionnels ne se reconnaîtraient pas exactement dans ce découpage. Les entretiens et observations nous permettent de construire le tableau suivant présentant les rôles des aides soignants selon qu'ils sont en interaction avec les acteurs suivants : infirmière coordinatrice, familles, collègues aide soignantes ou résidents et dans le cadre de la toilette. Ces rôles se caractérisent par des attentes perçues variées et sont assorties d'une sanction ou d'un contrôle possible.

Acteur concerné	**Attentes perçues vis à vis du rôle de l'AS dans la toilette**	**Contrôle/sanction**
Infirmière coordinatrice (autorité hiérarchique concernant les soins)	Des soins d'hygiènes et de confort qui « se passent bien » On « ne force pas »	Contrôle et recadrage possibles (dans le but de « corriger et aider »)
Familles et proches de personnes accueillies	On veut les rendre « beaux »	Remarques, comportements jugés désagréables (« les familles se tournent d'abord vers nous », « on a peur des réactions des familles »)
Collègues aides soignants	Ne pas reporter de travail sur les collègues : faire le soin prévu	Stigmatisation
Résident	Prendre le temps de dispenser un soin de qualité	

Ces attentes semblent parfois inconciliables, il s'agit d'une de situation de conflit de rôle : le fait de vouloir répondre aux caractéristiques de chacun des rôles provoque un inconfort, une dissonance cognitive chez les aides soignants. Et, au delà de celle-ci, les aides soignants interrogés le font eux-mêmes remarquer, le regard du résident désorienté, qui n'exerce lui ni sanction ni contrôle, risque d'être perdu. C'est finalement lui qu'il est le moins « coûteux » de ne pas satisfaire. Pris dans cet écartèlement dont il semble parfois difficile ou coûteux de sortir, les aides soignants peuvent faire peser ce conflit de rôles sur leur activité, individuelle et collective.

Il conviendrait donc de réfléchir aux moyens de faire converger ces rôles. D'après nos observations et les entretiens avec la directrice et l'infirmière coordinatrice, certains aides soignants vont être en demande, finalement, de réduire les symptômes des maladies neurodégénératives pour alléger la charge et les attentes pesant sur leur rôle vis à vis des résidents. Nous comprenons par notre modèle que réduire cette charge leur permettrait de mieux répondre aux attentes liés à leur rôle vis à vis des collègues (toilettes réalisées), de la famille (le résident et propre et beau) et de la hiérarchie (tout se passe bien). Pourtant cette « solution » - qui passe en fait par des systèmes de contention physique ou chimique – n'est pas acceptable. D'une part parce qu'elle ferait reposer les contraintes de l'organisation sur le résident et d'autre part parce que la contention est le point de départ d'une dynamique négative dégradant parfois très rapidement l'état de santé physique et psychique de la personne. La directrice résume ainsi la situation :

> « Je pense qu'il faut aider les professionnels à être à la juste place parce qu'il y a une variable qu'on ne pourra pas changer c'est celle des symptômes des personnes qu'on accueille et donc on doit travailler sur l'adaptabilité et c'est pas sur les symptômes qu'on doit travailler. Dans les institutions, il va y avoir souvent une attente forte auprès du médecin, sur « aidez nous à ce que les personnes n'aient plus les symptômes, ça va faciliter notre tâche » et pour moi ça c'est pas entendable, et ça peut aller jusqu'à « puisque on ne fait pas ça, on nous aide pas ». Effectivement moi là dessus j'entends pas, une demande de sédation chimique qui résoudra une partie de leurs difficultés, je ne vais pas y apporter une suite favorable ou très rarement, et ça m'est arrivé dans ma pratique, de me positionner contre le médecin, et là ça fait partie de mes responsabilités en termes de garanties du bien être des personnes qu'on accueille. Ça peut être très simplificateur, ça peut aller très vite, chute, contention, agitation, sédation chimique, et puis on résout les problèmes. »

Il est utile de rappeler que les attentes liés à ces rôles décrits plus haut ne sont pas aussi schématiques et peuvent être anticipées par les aides soignants avant d'être une réalité : il s'agit d'attentes perçues.

Tout d'abord un grand nombre de familles, même s'il est toujours difficile d'assister à la

dégradation de son proche, acceptera des adaptations des soins si cela est fait dans l'intérêt du résident. De plus, les proches, qui ont parfois pris soin de leur parent avant de le placer dans cette résidence, comprennent souvent la complexité et les difficultés auxquelles sont confrontées les aides soignants. Ainsi lorsque, lors d'une réunion de Conseil à la Vie Sociale (CVS), au cours de laquelle la directrice a annoncé aux représentants des familles que trois aides soignants avaient été sanctionnés pour pratiques maltraitantes, les familles ont jugé que la situation avait effectivement nécessité une sanction, tout en soulignant la « dureté » du travail d'aide soignant. Les familles étaient donc plutôt dans un esprit de collaboration constructive avec l'organisation.

L'équipe de plus, n'est pas, comme nous l'avons vu dans les résultats, homogène. Les attentes sont donc à nuancer en fonction des personnes.

« Aider les professionnels à être à la juste place », cet objectif, passe, selon nos résultats et notre analyse, par une approche collective du travail et de son sens. Développer des compétences individuelles ou prévenir des risques professionnels d'une manière parfois assez déconnectés de la réalité du travail serait insuffisant à notre avis. Il est nécessaire, d'après les auteurs mobilisés dans notre analyse, de créer également les conditions pour instaurer un compromis sur la qualité du travail, d'encourager la régulation conjointe ou encore faire de faire converger les rôles attendus des aides soignants. Ces points peuvent être des pistes pour des actions managériales en Ephad. Attardons nous pour finir sur des leviers d'action afin d'approfondir concrètement ces pistes de réflexion.

3 Des leviers d'action

.....3.1 Permettre la construction de compromis collectifs

Notre analyse rejoint les conclusions de Beaucourt et Louart (2011) : il faut permettre la régulation conjointe de l'activité sans quoi le soignant a le sentiment d'évoluer dans un système dans le lequel on lui demande des choses impossibles. Nous l'avons vu, la régulation conjointe passe nécessairement par la négociation et donc l'explicité, l'échange réel, l'expression claire des difficultés. D'autre part, la « dispute professionnelle » chez Clot (2010) doit être reconnue et même institutionnalisée, elle est même qualifiée de « meilleure bonne pratique professionnelle ». Pour aller dans ce sens, des éléments du design des espaces de discussion élaboré par Detchessahar (2013) pourraient être mobilisés.

Selon cet auteur, la mise en discussion des contraintes et du travail réel permet de fabriquer du compromis et de se ré-approprier le travail. Il dessine un modèle de ce que pourraient être des espaces des discussion. Pour atteindre leurs buts, les espaces de discussion doivent nécessairement être reconnus, le management doit y avoir sa place et il doit se situer dans une logique de production de solutions. Il ne s'agit pas d'espaces de parole (au sens du soutien psychologique), mais d'une mise en commun de mots et d'actes liés au travail réel.

Comment faire vivre de tels espaces dans un lieu de vie, où, par définition, le travail ne s'arrête jamais ? Il s'agit en effet d'une difficulté soulevée par la directrice : « personne ne s'arrête vraiment. Et à tous les niveaux, eux ressentent ça, moi aussi. Je ne sais pas comment faire pour s'arrêter et réfléchir » (Entretien directrice)

Le seul moment identifié qui pourrait rassembler des aides soignants et d'autres membres du personnel est le début d'après-midi juste après les « couchers de sieste », moment utilisé jusqu'à présent pour les transmissions. Nous avons vu que les transmissions ne remplissaient pas certaines missions : informations partielles (sur-représentation de cas de certains résidents par rapport à d'autres) et inhibition de certains membres de l'équipe. Les transmissions orales sont par ailleurs une redite des transmissions écrites dont le personnel (aides soignants, administratifs, infirmiers et ASH) est censé prendre connaissance à sa prise de poste chaque jour. Des tentatives de rassemblement censés construire une

dynamique collective ont été menées, les « réunions institutionnelles » ayant lieu le soir à 20h30, après les couchers, mais ces réunions relèvent davantage de l'information descendante, de la communication que d'une réelle co-construction.

Pour véritablement instaurer la discussion et qu'elle puisse être durable, il s'agit de l'adapter aux contraintes de l'environnement. Pourquoi donc ne pas utiliser – au moins en partie - le créneau horaire des transmissions pour organiser ces espaces de discussion ? D'après Detchessahar (2013), les espaces des discussion doivent suivre un certain formalisme. Il est nécessaire de s'interroger sur leur organisation, leur fréquence, les participants, la façon dont les conclusions seront remontées et mises en pratique. Ils demandent également un respect de la parole de chacun. L'organisation même de ces espaces pourraient être l'objet d'un premier échange collectif.

Il est évident que tous les aides soignants doivent pouvoir participer à ces espaces de discussion. Jusqu'à présent, les personnes travaillant à temps partiel étaient, proportionnellement à leur temps de travail, moins présentes lors des réunions de transmission (voir plus avant) que les personnes travaillant à temps complet. Les espaces de discussion doivent, eux, être accessibles à tous de la même manière.

L'organisation et le fonctionnement d'espaces de discussion pourraient lancer la dynamique de régulation conjointe en permettant la rencontre et la négociation des règles. Pourquoi ne pas aborder ensemble, dans une optique d'abord d'accepter les conflits et les désaccords, puis d'en extraire des compromis, des sujets comme : la prise en charge de telle personne en particulier, l'agacement des soignants, le moment des couchers, etc. L'objectif ne sera pas uniquement de « dire les choses » mais de construire un compromis, une réponse collective adaptée au contexte, de la formaliser puis de la rendre concrète.

Le respect et la confiance dans chacun des membres de l'équipe sont indispensables pour qu'il y ait échange. Développer la coopération entre les membres de l'équipe pourrait être une manière de reconsidérer l'autre et inversement. Pour Alter (2009), la coopération en entreprise ne relève pas du don, mais oblige la personne qui reçoit, d'autant plus dans des contextes où la quantité de travail est forte et si le service rendu est important. La coopération doit reposer sur la confiance au sein du groupe. Aujourd'hui les formes de

coopérations sont possibles dans l'établissement étudié (toilette à deux lorsqu'elle apparaît comme difficile notamment), mais elles pourraient être généralisées. Cela pourrait sortir les aides soignants de l'isolement face à certaines situations. Ce dernier point de l'articulation confiance-coopérations pourrait être développé. En effet des organisations de travail différentes pourraient rendre possible voire obligatoires des coopérations entre aides soignants.

La réflexion sur la construction collective de compromis aussi bien que sur la mise en place de coopérations plus actives au sein de l'équipe nécessite un travail de coordination. Il faut aujourd'hui remarquer que personne ne dispose dans la structure de temps disponible pour ce travail. Detchessahar affirme que le travail de la discussion doit être reconnu, institutionnalisé, son organisation doit être claire, et la direction doit être impliquée. Il nous semble donc important de souligner que l'équipe de direction (1 plein temps pour la directrice et 0,5 ETP pour l'infirmière coordinatrice) devrait être étoffée pour aller dans ce sens.

.....3.2 Reconsidérer le métier aide soignant

Nous avons vu que l'histoire et le positionnement du métier aide soignant le plaçaient dans la chaîne du soin technique et que, dans cette échelle médicale, les aides soignants se trouvent tout en bas. Lorsque la technique n'est plus la question, n'en est plus le cœur, comment se projeter positivement dans son métier ?

En Ehpad, et particulièrement face à des personnes démentes, les qualités et compétences des aides soignants sont nombreuses et originales, c'est à dire spécifiques à leur métier. Nous en avons relevées plusieurs via les entretiens et observations.

Tout d'abord, les aides soignants, face aux contraintes du travail réel, développent des capacités d'adaptation pour réussir à s'adapter à chaque personne, une douzaine de fois dans la matinée. A chaque changement de chambre, il faut être capable de se recentrer, de se remémorer la personne à venir, ses habitudes, ses difficultés, son humeur de la veille, etc.

Certains aides soignants développent des aptitudes imaginatives pour entrer en contact

avec des personnes qui ont perdu tout repère classique. Là encore, ils prennent des distances avec des normes qui prescrivent par exemple que les résidents doivent être appelés Madame ou Monsieur et leur nom de famille. Parfois ce n'est pas ce positionnement qui va permettre la rencontre. Alors l'aide soignant cherche des solutions dans le réel. Pour telle dame, qui appelle les soignants « ma chérie », qui est très angoissée, très agitée au moment de la toilette, les soignants vont aussi utiliser ce vocabulaire : « Mme Y par exemple, on est obligé d'avoir une approche très, faut aller dans le sens du poil, ça paraît cucul mais c'est « mon petit chat » des trucs comme ça ». (Entretien AS n°6)

Le personnel de nuit en particulier cherche à apaiser les angoisses, calmer les déambulations des personnes en trouvant des points de contact, parfois inattendu : « Mme B [personne très désorientée] qui est en haut déambule beaucoup et on avait trouvé le système c'est que quand on faisait le ménage, on lui donnait un chiffon, elle a horreur de faire le ménage, donc elle retournait se coucher (...) Il faut trouver le petit truc mais c'est pas toujours évident. Mme B on lui donnait le chiffon et 5 minutes après, elle disait « ah je suis fatiguée », je vais me coucher. » (Entretien AS n°7)

En outre, certains aides soignants utilisent l'humour, non pas l'humour cynique au dépend des personnes, mais celui qui permet de rendre des situations difficiles, acceptables par tous, soignants et soignés, celui qui dédramatise et humanise des moments compliqués.

> « ça me touche pas vraiment. Mal à l'aise, oui, ça peut mettre mal à l'aise, j'ai la chance de pouvoir tourner à la dérision les choses, donc je ris beaucoup, j'ai beaucoup ce côté jovial donc j'arrive à tourner les situations pour que moi ça me mette plus à l'aise, que l'environnement soit plus, pour faire redescendre la tension » (Entretien AS n°3)
>
> « L'apprentissage se fait dans le métier. Je suis tombée sur des gens très zen, il y avait beaucoup d'humour, de patience » (Entretien AS n°7)

Nous avons observé pour finir et malgré tout, un attachement des aides soignants, à leur métier, aux résidents, au fait de leur procurer du confort, des moments heureux. Nous avons essayé de traduire et modéliser l'élaboration de l'action collective des aides soignants mais sommes bien conscient que beaucoup ne peut être dit des liens existants entre

résidents et professionnels, liens construits dans l'intimité, dans l'épreuve traversée par deux personnes : l'une qui se dévoile et se met à nue et l'autre qui, au delà de ses compétences, donne.

Pour conclure, la crise traversée par les soignants et l'établissement ne serait-elle pas l'occasion de redonner ses lettres de noblesse, de revaloriser le métier d'aide soignant, non pas sur les compétences techniques exigées comme c'était le cas auparavant mais sur ces compétences et savoir-faire subtiles et variés qui viennent d'être cités. Pour Y. Cot, travailler sur la qualité du travail c'est laisser toute sa place à la créativité en tant qu'art de l'improvisation, et considérer qu'il s'agit là du geste de métier par excellence : « savoir réagir relève de l'art de l'improvisation, dont chacun sait qu'il suppose la patience de la répétition. C'est le geste de métier par excellence » (Clot, 2010, p. 62).

4 Les limites de cette étude

La méthodologie présente ses limites liées en partie au contexte, et certainement également à notre inexpérience.

.....4.1 Le terrain et le contexte

Le choix des personnes interviewées, sans parler de représentativité, puisque là n'est pas le but, est sans doute, malgré tout, marqué par la subjectivité puisqu'elles ont été directement interpellées par le chercheur. Nous avons fait face aussi vraisemblablement, sans doute comme dans toute enquête, à un certain codage des discours, où ce qui n'était pas dit avait autant d'importance que ce qui l'était. Ainsi l'observation et les échanges informels, en complément des entretiens ont été primordiaux.

D'autre part, un travail en groupe ou tout au moins une restitution de l'analyse aurait permis de développer davantage le propos et serait plus proche d'une recherche-intervention comme vu précédemment.

Enfin, il est évident que toutes les études sont contingentes, mais dans le cas précis, ce travail a eu lieu précisément durant une période de crise très particulière. Aussi, nous avons fait face, pendant des périodes d'observation ou lors d'entretiens, à une certaine émotion, à des réactions exacerbées. L'ambiance de travail semble moins tendue aujourd'hui, le pic de la crise, la mise en lumière de pratiques maltraitantes a en effet permis d'ouvrir ou de mettre en projet des espaces de dialogue.

.....4.2 Appréhender la complexité

Nous avons essayé, tout au long de cette étude, de traduire la complexité de l'organisation et de son fonctionnement. Ne pas « trahir » cette enchevêtrement de liens, de questions, nous a pousser à explorer plusieurs pistes, à utiliser des modèles théoriques variés empruntant à plusieurs disciplines. Ces théories sont donc abordées sans doute trop succinctement, de manière relativement superficielle. Et il s'agit là d'une limite évidente de ce travail.

Conclusion

Il était question dans cette recherche de s'interroger sur les effets de la prise en charge de personnes désorientées sur le travail des aides soignants, sur l'organisation de ce travail et d'éventuelles conséquences sur la santé des professionnels. Nous avons, pour cela, choisi de nous attacher à observer un Ehpad dans la durée. L'immersion, les observations participantes, le temps long, nous ont mis au cœur du travail réel. Les résultats de notre étude ont été analysés ensuite au regard des théories qui avaient été précédemment présentées.

Nous observons que la prise en charge des personnes démentes creuse l'écart entre le travail réel et le travail prescrit. Qu'elle a induit une régulation « autonome de contrôle » qui pèse sur le sens de l'action collective. Et qu'elle a finalement des conséquences sur la santé des professionnels, conséquences qui ne sont pas sans risques sur la qualité de la prise en charge des résidents.

Nous pensons que le rôle du management n'est pas uniquement d'apporter des réponses individuelles à cette situation, même si celles-ci sont forcément utiles (il n'est pas question de nier les apports évidents des formations par exemple), mais davantage, dans ce contexte, de se pencher sur les moyens qui permettraient l'élaboration de compromis collectifs. De créer des lieux et des temps pour admettre les conflits et parler du travail réel.

Les aides soignants, le personnel des Ehpad et surtout les résidents méritent que la question de l'accueil des personnes désorientées ne soit pas abordée uniquement sous l'angle de bonnes pratiques et de compétences, de nombreuses pistes sont à explorer. Il est toujours difficile d'engager le changement dans une organisation, mais les aides soignants y sont peut-être plus prêt qu'on ne peut l'imaginer. L'imagination et l'audace sont parfois déjà là. Interrogée sur les moyens d'accompagner au mieux les personnes démentes, une aide soignantes nous disait en entretien : « en fait on a la personne désorientée et nous on arrive en face, et on arrive avec notre organisation, et en fait il faudrait que notre organisation soit faite en fonction de la personne désorientée ».

Bibliographie générale

1. Ouvrages et articles

Andrieu Sandrine, Grand Alain, « Contexte épidémiologique et formes de prise en charge de la maladie d'Alzheimer », *Soins Gérontologie*, 2010/85, pp 18-19

Alter Norbert, « *Donner et prendre : la coopération en entreprise* », La Découverte, Paris, 2009

Arborio Anne-Marie, « *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital* », Economica, coll. « sociologiques », 2012, 334 p

Bardot Fabienne, « Travail et maltraitance dans une maison de retraite », *Travailler*, 2009/2, n°22, p.121-134

Beaucourt Christel, « Le management des ressources humaines dans les entreprises du social et de la santé », *Management & Avenir*, 2011/49, pp 102-113

Beaucourt Christel, Louart Pierre, « Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soin : l'impact du care collectif », *Management & Avenir*, 9/2011, n°49, pp 114-132

Biétry Franck, « L'implication organisationnelle : un concept à emprunter », AGRH - *XVIIème congrès de l'AGRH*, septembre 2012, Nancy, France

Burelier Franck, Valette Annick, « Garder ou tomber la blouse, le rôle pour analyser le changement », *Cahier de recherche*, 06/2006

Causse Lise, « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté », *ERES*, 2006, p. 67-79

Causse Lise, « Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles», *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2008/6, pp 85-105

Chapin Virginie, « *Le management participatif dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : l'exemple de l'Ehpad de Mont-Le Roux* », mémoire EHESP, 2008

Clot Yves, « Qualité de vie au travail et qualité du travail », *Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé »*, Haute Autorité de Santé, 2010

David Albert, « La recherche-intervention, un cadre général pour les sciences de gestion », *Conférence Internationale de Management Stratégique*, mai 2000

Detchessahar Marc et Grevin Anouk, « Un organisme de santé... Malade de « gestionnite » », *Annales des Mines – Gérer et Comprendre*, 2009/4, n°98, pp 27-37

Detchessahar Mathieu, Devigne Michel, Stimec Arnaud, « Les modes de régulation du travail et leurs impacts sur la santé des salariés : deux établissements d'accueil des personnes âgées en quête de management », *Finance, Contrôle, Stratégie*, 2010/12, pp 39-74

Detchessahar Mathieu, Minguet Guy, « Santé au travail : l'enjeu du management », pp 233-247, in C. Courtet et M. Gollac (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012

Detchessahar Mathieu, Gentil Stéphanie, Grevin Anouk, Stimec Arnaud, « Le design de la recherche-intervention en management : réflexions méthodologiques à partir d'une intervention dans une clinique », *AGRH* - XVIIème congrès de l'AGRH, septembre 2012, Nancy, France

Detchessahar Mathieu, «Faire face aux risques psycho-sociaux: quelques éléments d'un management par la discussion », *Négociations*, 2013/19, pp 57-80

Douville Olivier, « Alzheimer : représentations des professionnels soignants », *Le journal des psychologues*, 2007/250, pp 26-32

Dumas Marc et al., « L'appropriation d'un outil de la qualité des soins à l'hôpital », *Revue de gestion des ressources humaines*, 2012/2, n°84, pp 3-21

Edey Gamassou Claire, « Prévenir le stress professionnel et promouvoir l'implication au travail, un enjeu de gestion des ressources humaines », *Les cahiers du CERGOR*, 2004/01

Edey Gamassou Claire, « Comprendre et prévenir les risques de l'engagement dans les métiers du care », pp. 265-280, in C. Courtet et M. Gollac (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012

Edey Gamassou Claire et Moisson-Duthoit Virginie, « Le travail des professionnels de la relation d'aide : jongler avec des gratifications et des souffrances », *Gestion*, 2012/37, pp 65-71

Fraix Nicolas, « La santé au travail, bref aperçu historique », *Education Santé Rhône-Alpes*, 07/2010, n°4

de Gaulejac Vincent, « La part maudite du management : l'idéologie gestionnaire », *Empan*, 1/2006, n°61, pp 30-35

Gernet Isabelle, Chekroun Florence, « Genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées », Travailler, 2008/2, n°20, pp 41-59

Gintrac Alain, « Le stress au travail, un état des lieux », Management & Avenir, 2011/1, n°41, p89

Gosselin Maurice, « Gestion des coûts de la santé et de la sécurité au travail en entreprise, une recension des écrits », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7-2, 2005

Ingwiller Sophie et Molinier Pascale, « « On ne va pas prendre les patients en otage... », Souffrance éthique et distorsion de la communication dans un service de nuit en gérontologie », *Travailler*, 2010/1, n°23, pp 59-75

Lambert Vanessa, « Enrichir la culture sanitaire d'un FAM en développant l'accompagnement psychosocial individualisé des résidents », mémoire EHESP, 2011

Laude Laetitia, Vignon Christophe, Waelli Mathias, « Observer les organisations de l'intérieur, plaidoyer pour des recherches ethnographiques », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2012/45 - Vol. XVIII pp 55-76

Lefebvre Madeleine et Pagès Martine, « Educateurs et soignants : le risque d'un désengagement », *Empan*, 1/2006, n°61, pp 92-96

Matho Yves et Janvier Roland, « Figures du directeur et enjeux de la fonction », *Empan*, 1/2006, n°61, pp 40-47

Meyer Vincent, « La méthode des scenarios : un outils d'analyse et d'expertise des formes de communication dans les organisations », *Etudes de communication*, 2008/31, pp 133-156

Mintzberg Henri, « *Structure et dynamique des organisations* », les éditions d'organisation, Paris, 1982

Moisson Virginie, « Le stress : entre surcoût financier et détresse humaine », Humanisme et Entreprise, 2009/1, n°291, pp 49-62

Molinier Pascale, « Et la tendresse, bordel ! », *Multitudes* 1, 2013, n° 52, pp 172-177

Neveu Jean-Pierre, « Quand le cœur n'y est plus : de l'épuisement professionnel à l'agressivité envers le client », AGRH - XVII Congrès de l'AGRH, novembre 2006, Reims, France

Petit Johann et Dugué Bernard, « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15/2, 2013, consulté le 23 mai 2014. URL : http://pistes.revues.org/3419

Ploton Louis, « *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence »*, Chronique Sociale, Lyon, 1990

Randon Sophie, « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management & Avenir,* 2011/49, pp 133 - 149

Roger Jean-Luc, Ruelland Danielle et Clot Yves, « De l'action à la transformation du métier : l'activité enseignante au quotidien », *Education et sociétés*, 01/2007, n°19, pp 133-146

Savall Henri, Zardet Véronique, « *Maîtriser les coûts et les performances cachées* », Economica, 2010

Vauthier Dominique, « La toilette des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer », *SOINS – Aides-soignantes*, 2007/14, p 19

Waechter-Larrondo Virginie, « Plaidoyer pour le bricolage et l'enracinement des méthodes d'enquête dans le terrain : l'exemple d'une recherche sur le changement dans les services publics locaux », *Bulletin de méthodologie sociologique*, 88/2005, pp 31-60

Zardet Véronique, Fièr Denis, Savall Henri, Petit Renaud, « Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital », *Journal de gestion et d'économie médicale*, 6-7/2011, n°29

2. Rapports et documents officiels

ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », 2009

Haute Autorité de Santé, « *Qualité de vie au travail, qualité des soins, pour un croisement des points de vue* », Séminaire HAS et Anact, 2 juillet 2013

Ankri Joël, Van Broeckhoven Christine, « *Evaluation du Plan Alzheimer 2008-2012 - Rapport* », 2013

Debout Michel, « *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées* », rapport remis à Paulette Guinchard-Kunstler, secrétaire d'état aux personnes âgées le 22 janvier 2002

Nasse Philippe et Légeron Patrick, « *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail* », remis à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité le 12 mars 2008

3. Site internet

Association France Alzheimer, « Comprendre la maladie », http://www.francealzheimer.org, consultation en mai 2014

4. Documents internes

Projet d'établissement (incluant le projet de soin et le projet d'animation)

Convention tripartite

Règlement de fonctionnement

Réglementaire intérieur

Livret d'accueil

Fiches de poste et documents relatifs à l'organisation du travail

Comptes rendu des réunions de CHSCT, délégués du personnel, Conseil à la Vie Sociale, de cellule de veille

Documents relatifs à l'évaluation de la qualité

Annexes : table des matières

I Fiche de poste des aides soignants

II Caractéristiques des personnes rencontrées en entretien

III Guide d'entretien

IV Retranscription intégrale de deux entretiens aide soignant