

## CHAPITRE QUATRE

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

---

François Aubry et Yves Couturier

Ce chapitre porte sur le processus d'intégration des préposées aux bénéficiaires<sup>1</sup> dans les organisations de soins de longue durée du Québec. Nous voulons montrer que ce processus concret ne correspond pas, pour les nouvelles recrues, à une continuité logique entre la formation théorique et pratique et le travail réel en organisation. Il a plutôt pour effet la réélaboration de leur représentation initiale du métier et une élaboration de savoirs informels nécessaires pour réaliser leur activité. La cause principale de ces réélaborations est l'incidence de la charge de travail – peu évoquée dans le contexte de formation – et, de fait, les contraintes temporelles et organisationnelles qui en découlent. Les nouvelles recrues intégrées à ces organisations sont dans l'obligation de répondre aux contraintes temporelles pour parvenir à être reconnues compétentes, notamment par leurs pairs – et notamment les préposées les plus expérimentées –, ce qui signifie qu'elles doivent apprendre à réélaborer leur activité de travail et leurs savoirs à partir du contexte gériatrique.

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

---

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

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

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

---

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

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

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

## 1. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre se base sur une analyse des résultats d'une étude<sup>3</sup> menée entre 2014 et 2016. L'objectif de cette étude portait sur l'appropriation et l'application des principes généraux d'une formation en santé au travail (PDSB<sup>4</sup>) destinée aux nouvelles recrues préposées au

---

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

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

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

L'étude a été réalisée dans trois CHSLD situés dans autant de centres de santé et de services sociaux (CSSS ou CISSS<sup>5</sup>), répartis dans trois régions du Québec. Les données utilisées dans ce chapitre sont tirées du contenu de 15 entrevues semi-dirigées, soit cinq par CSSS/CISSS, qui se composent de trois entrevues avec des préposées expérimentées et deux entrevues avec de nouvelles préposées. Les préposées expérimentées se caractérisaient par le fait de compter plus de 10 ans d'ancienneté et d'avoir un statut d'employé à « temps complet ». Les nouvelles recrues ont été intégrées dans l'organisation il y a moins de six mois. Les entrevues ont été réalisées entre décembre 2014 et décembre 2015. Le délai entre les deux phases d'entrevue s'explique par le fait que le projet principal se compose également de phases d'observation et d'autoconfrontation, dont nous n'utiliserons pas les résultats ici.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONCLUSION

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

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

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



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

#### RÉFÉRENCES

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

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

## CHAPITRE CINQ

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

---

Murielle Pott

**D**es paradoxes majeurs caractérisent les maisons de retraite médicalisées (ci-après EMS<sup>1</sup>) : lieux de mort présenté comme des lieux de vie, « chez-soi » institutionnel, vie communautaire visant à l'autonomie personnelle (Anchisi et Debons, 2014). Des professionnel.le.s de formations diverses, organisés en strates hiérarchiques et fonctionnelles, encadrent des personnes âgées malades, aux capacités de discernement variables (Anchisi, 2010). Durant les premiers mois de vie en EMS, les personnes âgées devront s'adapter au fonctionnement institutionnel, élaborer un projet de vie personnel, tout en faisant face à la rupture dans la trajectoire identitaire (Mallon, 2004, 2005). Du côté des professionnel.le.s, il s'agit d'accueillir et d'intégrer un nouveau ou une nouvelle résidente en répondant aux visées parfois contradictoires de la gestion institutionnelle d'un côté et l'éthique de la sollicitude de l'autre (Avril, 2008). Un travail collectif et quotidien de prise en charge vise à « rétablir un niveau de bien-être satisfaisant » (Spini et Clémence, 2003) pour la personne âgée dans ce contexte particulier de l'EMS. Dans le cadre d'une étude ethnographique<sup>2</sup>, nous avons cherché à

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

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

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

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

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

## **1. L'ORDRE NÉGOCIÉ : LA VIE COMMUNAUTAIRE OBLIGATOIRE**

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

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

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

L'établissement présente une répartition classique du personnel des maisons de retraite médicalisée, avec une faible proportion de personnel diplômé. Dans ce chapitre, les personnels peu ou pas formés sont désignées comme des auxiliaires de soin ou d'animation. Les neuf personnes<sup>3</sup> interrogées travaillent depuis plusieurs années dans l'établissement. Elles ont été choisies par les responsables de secteurs, en fonction de critères d'organisation du travail, au moment des entretiens. Elles ont suivi plusieurs types de parcours professionnels avant d'être engagées dans l'établissement. Plusieurs aiment travailler près de leur domicile, avec des exigences de formation peu contraignantes. Les auxiliaires d'animation n'avaient ni expérience, ni formation dans le domaine avant leur entrée dans l'établissement, ce qui permet de les saisir dans le même mouvement d'analyse que les auxiliaires de soins. Trois d'entre elles ont commencé leur activité dans l'établissement dans un autre poste : cuisine, lingerie, soins, puis ont passé à l'animation ultérieurement. Ayant eu l'opportunité d'interroger simultanément quatre infirmières, nous mettrons en perspective leurs points de vue.

### **2.1 Adoucir la rupture de l'entrée**

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Donner du temps, faire jaillir la vie

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



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

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

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

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

### 2.3 Faire participer

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. L'ADAPTATION EN TRAIN DE SE FAIRE

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

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

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

### UNE SÉQUENCE DE SOINS

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

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

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

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

« Ah non, non, ça ira. »

Je dis : « Bon, et bien . . . »

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

INT     Oui.

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

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

INT     Réussir à avoir de la sensibilité ?

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

INT     Tendue, oui.

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

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

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

– « Vous pensez ? »

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

Là, tu vois, j'ai essayé.

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

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

INT     Oui.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

## CONCLUSION

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

## RÉFÉRENCES

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