
Rapport PH13

Le métier d'aide-soignante



Table des matières

1	Le métier d'aide-soignante
1.1	Indications sur le métier d'aide-soignante
1.2	Sources de prescriptions
1.3	Méthodologie de cette étude
1.4	Les problématiques autour desquelles les entretiens se sont passés
2	L'aide-soignante au sein du collectif de travail
2.1	Organisation du travail
2.2	Gestion des EHPAD et réformes
2.3	La belle ouvrage et la souplesse dans le travail
2.4	Évaluation du travail
3	Tension fondamentale du métier
4	Écart prescrit/réel
4.1	Au-delà de la dépendance
4.2	Des espaces et équipements de travail inadaptés
4.3	Questions éthiques posées par les aides-soignantes
5	Fonctions du travailler
6	Pistes de solutions

Introduction

Nous avons choisi le métier d'aide-soignant en maison de retraite. Le métier d'aide-soignant étant majoritairement exercé par des femmes (à 90 %¹), nous parlerons désormais d'aides-soignantes. Pour réaliser notre étude nous avons obtenus des interviews en maison de retraite privée : la résidence Tiers Temps (60 résidents) et Le Rond Royal (60 résidents).

Nous avons à coeur de redonner sens à ce métier peu reconnu à la fois par les employés des centres médicaux et des EPHAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) mais aussi par la société. Nous avons aussi envie d'avoir une compréhension des tensions de ce métier et de connaître l'avis des aide-soignants sur la gestion actuelle des EHPAD surtout en ce moment avec les réformes de tarification. Nous tenons à remercier Caroline et Marie-Christine pour leur temps et dévouement dans ces entretiens. Leurs témoignages ont permis de nourrir notre réflexion sur les enjeux de ce métier et de proposer quelques axes d'amélioration.

1 Le métier d'aide-soignante

Le rôle des aides-soignantes en EHPAD est d'accompagner les personnes âgées à différents degrés de dépendance dans les tâches de la vie quotidienne comme l'habillage, la toilette et le repas. C'est le personnel soignant le plus proche des personnes âgées, les aides-soignantes sont toujours auprès des résidents de jour comme de nuit. Les aides-soignantes sont aussi chargées d'effectuer la toilette mortuaire avant l'arrivée des pompes funèbres.

1.1 Indications sur le métier d'aide-soignante

Au minimum d'un matin par semaine, les aides-soignantes se retrouvent avec l'ensemble de l'équipe soignante dont l'infirmière coordinatrice et le médecin pour le relais des transmissions. C'est un moment crucial pour transmettre l'état des résidents à l'ensemble de l'équipe médicale et possiblement faire des propositions de traitements. Les aides-soignantes doivent ensuite aider à mettre les tables pour le petit-déjeuner et amener les personnes âgées à leurs tables². Elles doivent vérifier la prise des médicaments et proposer de l'assistance physique aux personnes dépendantes. Il y a ensuite la préparation des chariots pour la toilette

1. <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/un-etat-des-lieux-de-la-profession-aide-soignante>

2. Seulement les personnes en capacité de participer au déjeuner.

des personnes et la réalisation des changes/soins. Cette étape demande beaucoup de temps surtout s'il n'y a que 4 aides-soignantes pour 60 résidents. Puis, les soignants accompagnent les personnes en salle pour le déjeuner et terminent le service du matin en faisant une dernière fois une transmission écrite, orale ou informatique à l'infirmier si besoin.

L'après-midi les changes se font vers 14h puis il y a la préparation du goûter suivi de quelques animations. Comme pour les autres repas, l'aide-soignante doit préparer les plateaux avec le dîner pour les personnes dépendantes alitées avant de préparer le dîner en salle. Une fois le service du dîner terminé il faut ramener les personnes dans leurs chambres en effectuant la traçabilité des soins, enlever les nappes, descendre les linges sales, nettoyer la cuisine et terminer par le suivi des selles et le suivi alimentaire.

À la maison de retraite du Rond-Royal les aides-soignantes ont en plus la tâche de débarrasser et laver la vaisselle ce qui leur laisse encore moins de temps pour s'occuper des résidents.

Tout au long de la journée il y a des transmissions à donner à l'infirmière qui rapporte les informations au médecin. Ce sont les médecins qui font les suivis et qui font des renouvellement d'ordonnances en fonction des pathologies. Ils peuvent lors des transmissions en collectif aider à résoudre des problèmes avec les résidents.

1.2 Sources de prescriptions

L'outil pieuvre représenté sur la figure 1 expose les sources de prescriptions pour le métier d'aide-soignante.

Explicitons les différentes sources de prescriptions :

1. Le code de déontologie des aides-soignantes prescrit au niveau national les droits et les devoirs à respecter pour exercer le métier d'aide-soignante comme par exemple le secret médical ;
2. La direction prescrit à l'aide-soignante d'utiliser les systèmes de traçabilité mis en place au niveau de la maison de retraite, par exemple enregistrer informatiquement l'historique des soins effectués à l'aide de scanettes ;
3. L'infirmière coordinatrice prescrit à l'aide-soignante de réaliser les soins selon le planning qu'elle définit ;
4. Les infirmières donnent des consignes particulières à l'aide-soignante en fonction de la condition d'un résident (par exemple un régime alimentaire à respecter) ;
5. La personne âgée prescrit à l'aide-soignante de réaliser un soin d'une certaine manière ou refuse que l'aide-soignante effectue le soin ;

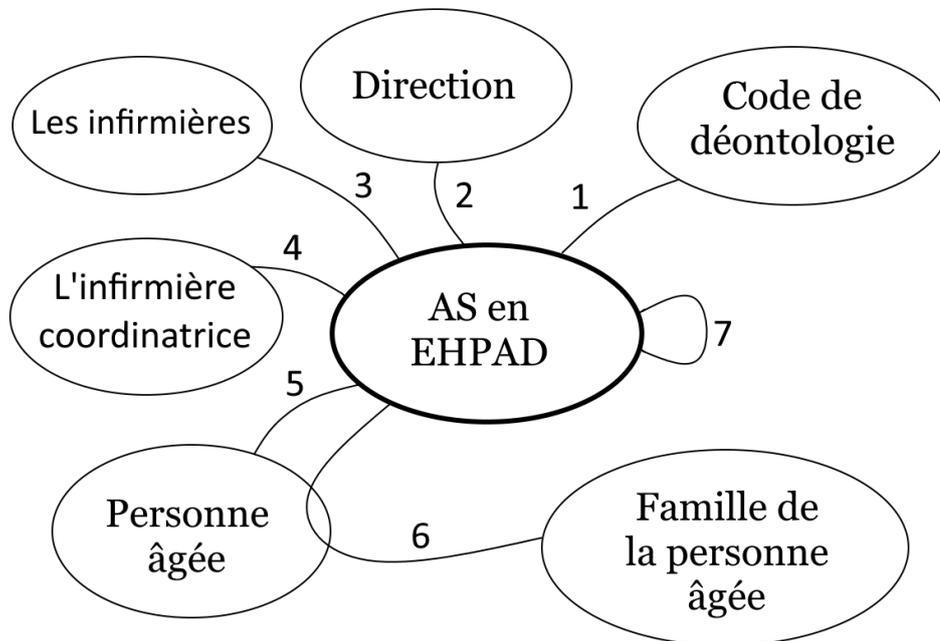


FIGURE 1 – Sources de prescriptions du métier d'aide-soignante.

6. La famille de la personne âgée prescrit à l'aide-soignante certains soins (par exemple, une famille peut demander à ce que le résident soit habillé d'une certaine manière) ;
7. L'aide-soignante s'auto-prescrit de prendre soin des personnes âgées.

1.3 Méthodologie de cette étude

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec deux aide-soignantes professionnelles en EHPAD privés. Les propos ont été enregistrés avec l'accord des aides-soignantes puis retranscrits à l'écrit.

Nous avons d'abord fait une interview avec Caroline, accomplissant le métier d'aide-soignante à la maison de retraite le Rond Royal depuis 10 ans, cherchant à valider son diplôme d'aide-soignante³ avec la formation en 8 modules par VAE⁴ suite à une reconversion professionnelle en tant qu'assistante commerciale pendant 7 ans. Après cette reconversion, Caroline avait passé un concours pour

3. Valider le diplôme d'aide-soignant permet d'être mieux reconnu et mieux payé.

4. Validation des acquis par expérience, dans le cas de l'aide soignante la durée d'activité doit être d'au moins 4 ans, cf. Annexe.

devenir auxiliaire de vie (même travail que aide-soignant) et a été directement embauchée par l'EPHAD. Notre deuxième rencontre était avec Marie-Christine, aide-soignante de la maison de retraite Tiers Temps depuis 26 ans, elle a assisté à la création de cette EPHAD, et a pu nous raconter les changements importants (service hôtelier pour personnes âgées devenu centre médicalisé pour personnes dépendantes). Elle travaillait avant à l'usine, puis a commencé à l'EPHAD en tant que stagiaire. Elle n'a pas de diplôme d'aide-soignant, mais a officiellement un titre d'aide médico-psychologique. Cependant, elle effectue le travail d'aide-soignante.

Nous pouvons observer à travers ces deux parcours que de nombreuses aides-soignantes n'ont pas de réels diplômes attestant de leur fonction d'aide-soignant ce qui peut nuire à leur reconnaissance par l'entreprise.

1.4 Les problématiques autour desquelles les entretiens se sont passés

Les entretiens, très riches en informations sur les sensibilités du métier d'aide-soignante nous ont offert plusieurs axes de problématiques à explorer. En effet, plusieurs grands thèmes se sont dégagés de notre étude : la reconnaissance du métier d'aide-soignante, l'exigence des familles et les tensions possibles entre l'aide-soignante et la personne âgée. Nous avons choisi de développer cette dernière question. Au départ nous avons été très surpris d'apprendre que des personnes d'un certain âge puisse être à l'origine de violence physique mais aussi psychologiques envers les aides-soignantes puisque nous les associons généralement à des êtres dociles, trop fatigués et sages pour se rebeller. « Je pense qu'on ne prend pas ça assez en compte dans notre métier ⁵. » Nous avons appris avec ces témoignages combien cette vision est erronée. Lassitude, abattement moral et souffrances physiques contribuent à détériorer les relations des aides-soignantes avec les personnes âgées qui peuvent refuser des soins et violenter les aides-soignantes ce qui engendre des rapports conflictuels.

Comment comprendre une telle situation qui mène à la maltraitance et qui mériterait que l'on s'y intéresse plus longuement, notamment pour le rendre intelligible à l'aide-soignante et au reste de la société. Lors de nos entretiens, les aides-soignantes avaient du mal à exprimer cette souffrance qu'elles cherchent à refouler pour mieux la surmonter au quotidien. Ainsi nous proposerons une analyse plus complète de cette tension dans la section 3, en soulignant l'importance de la mettre en avant dans les formations afin qu'elle soit reconnue et qu'il y ait plus de soutien psychologique pour les aides-soignantes face à cette situation.

5. Témoignage de Marie-Christine lors de notre première interview.

2 L'aide-soignante au sein du collectif de travail

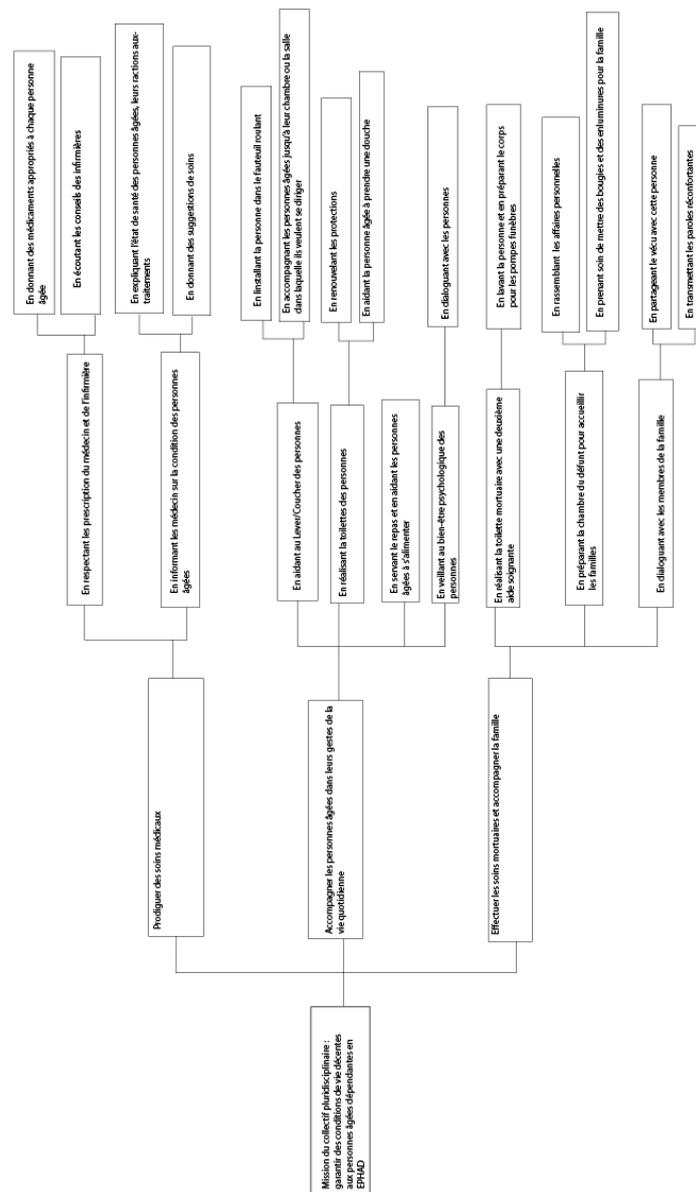


FIGURE 2 – Fast sur le métier de l'aide-soignante au sein de l'équipe soignante

Le FAST 2 du métier servira de support pour notre étude de l'organisation du travail au sein du collectif chargé de soigner les personnes âgées.

2.1 Organisation du travail

Le métier d'aide-soignante demande une très forte organisation puisqu'il ne faut pas faire attendre les personnes âgées. De plus si une équipe n'arrive pas à respecter les horaires prescrits cela peut vite faire basculer l'ensemble du fonctionnement interne : « La nuit si on laisse trop de personnes à coucher à l'équipe suivante elles vont aussi prendre du retard. » Il faut aussi prendre en compte les aléas qui surviennent tels que les accidents (beaucoup de chutes de personnes âgées) et les décès.

Les budgets des maisons de retraite étant de plus en plus resserrés, on note un sous-effectif critique pour l'ensemble des équipes d'aides-soignantes dans le public et le privé. Le temps est donc devenu précieux (les aides-soignantes se concentrant autour des soins) sans pouvoir consacrer des temps de qualité pour l'animation.

Malheureusement, l'accumulation de retard par les équipes en sous-effectif a un coût sur la santé des personnes âgées, puisque les soins sont raccourcis, et sur la santé des aides-soignantes (burn-out, démissions, etc.). À la maison Rond Royal, le nombre d'aides-soignantes étant passé de 5 à 4 on note des changements graves dans l'organisation du collectif du travail. Il n'y a plus de temps pour faire des « temps d'équipe » et les transmissions le jeudi matin avec le médecin coordinateur ont été retirées faute de temps. Or ces transmissions sont extrêmement importantes pour les raisons que nous avons citées précédemment : « On communique beaucoup sinon les rouages ne tournent pas⁶. »

Les deux aides-soignantes interviewées regrettent de ne pas pouvoir être plus nombreuses pour faire des activités avec les personnes âgées : « On aimerait pouvoir les balader... Il faut tout chronométrer avant le repas, il y a aussi des personnes à aider pour le repas et ainsi de suite⁷. » « Avant on avait ce qu'ils appelaient les FASA, on était plusieurs aides-soins autour de certains résidents qui nécessitaient plus d'aide et on prenait du temps pour déjeuner, 2 par salles, et on prenait le temps de converser, de s'assurer qu'ils mangent bien. »

Dans la maison de retraite Tiers Temps les équipes évoluent beaucoup mais les plannings sont stables sur l'année tandis que dans la maison de retraite du Rond Royal les plannings changent quotidiennement. De ce fait, les aides-soignantes du Rond Royal doivent s'arranger avec leur famille sans arrêt pour être présente à leur travail. « La directrice fait le planning, et c'est à nous de nous débrouiller. La vie de famille est plus ou moins prise en compte. Ça tourne pas assez, j'aimerais être plus du matin par exemple car à 21 h je suis trop fatiguée pour m'occuper des devoirs des enfants. » Caroline travaille les jours fériés et elle a 5 semaines de vacances. « On prend des mois entiers, soit juillet soit août et l'été des étudiants

6. D'après Caroline.

7. Propos exprimés par Caroline.

viennent. Mais c'est l'arrachage de cheveux quand les collègues sont partis, on doit vraiment être au taquet. » On note un besoin pressant de stabilité.

Dans la plupart des établissements ces plannings sont établis par l'infirmière coordinatrice, la référente des différentes équipes. Toutefois, si l'organisation est plus simple à établir dans la maison Tiers Temps, Marie-Christine se plaint d'un renouvellement constant du personnel : « Beaucoup de changements réguliers d'équipe, des personnes qui partent et qui arrivent. » Selon elle, ces départs sont dus à la difficulté du métier et surtout à la « non-reconnaissance » des aides-soignantes. Les aides-soignantes quittent la résidence Tiers Temps au bout de 4 ans en moyenne selon Marie-Christine.

À la résidence Tiers Temps, il y a 2 équipes d'aides-soignantes, une qui travaille le soir et l'autre le matin (plus gros effectif le matin avec 6 aides-soignantes car l'activité est très importante à cette heure de la journée) avec des roulements environ toutes les semaines. L'équipe du matin part vers 13h avant d'être relayée par l'équipe du soir. On nous explique qu'il y a environ 2 aides-soignantes par étage qui travaillent en binôme. En effet, le déplacement des personnes dans le fauteuil et les soins mortuaires se font à deux. Les aides-soignantes sont présentes 12h en entreprise mais pas tous les jours. Elles travailleront 3 jours puis auront 2 ou 3 jours de repos. Marie-Christine qui exceptionnellement ne travaille que le matin voit les 2 équipes : « actuellement je suis avec l'équipe A et demain et après-demain je serai avec l'équipe B, car l'équipe A sera en repos. » Il semble qu'il y ait des temps de pause corrects même si nous défendons qu'ils sont nécessaires pour ne pas épuiser les aides-soignantes tout le temps debout sur leurs jambes : « Sur ma journée de 8h, j'ai une heure de pause : j'ai le matin, où on boit le café tous ensemble et 45 minutes le midi. Quand on travaille toute la journée on a 2h de pause, 15 min le matin, 1/2 h le midi puis 3/4h l'après-midi. »

À la maison de retraite du Rond Royal, les aides-soignantes se comptent sur les doigts d'une main. 4 aides-soignantes sont partagées entre 2 grands secteurs : le bâtiment Napoléon où résident les personnes très dépendantes et le bâtiment Joséphine où logent des personnes plus autonomes. Il y a toujours 2 aides-soignantes dans chaque bâtiment, mais il y a des roulements qui permettent de soulager les tensions musculaires ou mentales. En effet, du côté de Napoléon où les personnes sont totalement dépendantes, le travail est plus physique, il faut porter les personnes et le roulement à Joséphine permet de se reposer le dos. En revanche, à Joséphine c'est plus prenant mentalement puisque les personnes sont plus autonomes et très exigeantes, il y a une « très grande demande d'interaction. »

2.2 Gestion des EHPAD et réformes

Lors de nos recherches d'entretien en maison de retraite nous avons croisé des manifestants qui nous ont expliqué leur indignation face aux conditions de vie dans les EHPAD et les réformes qui ne vont faire qu'empirer la situation selon eux. Les aides-soignantes des EHPAD (surtout publics) sont régulièrement en « grève » : elles sont bien sûr obligées de travailler mais portent un petit sigle pour indiquer qu'elles sont en grève.

Les réformes actuelles visent à renouveler les calculs de tarification des EHPAD⁸ en faisant la moyenne de la dépendance et des niveaux de soins donnés dans chaque département et non pas pour chaque établissement comme avant. Cependant, ce calcul ne favoriserait pas les EHPAD publics qui ne bénéficient pas du CICE⁹ et dont les charges de personnels sont plus élevées. La fédération des Services publics (FO) estime que y aura une perte de 2000 à 3000 emplois et une perte de 200 millions d'euros pour les EHPAD publics en voulant faire converger les budget publics/privé. Ces chiffres s'opposent à ceux de la CNSA¹⁰ qui estime faire gagner 400 millions d'euros aux établissements (surtout le privé)¹¹.

Face à ces divergences, le gouvernement veut ré-étudier l'affaire mais prévoit tout de même un budget de 10 millions d'euros pour créer des postes d'infirmière de nuit et 28 millions aux EHPAD en difficulté. Pour l'instant les EHPAD attendent de voir les prochaines actions du gouvernement mais nous sommes très loin du ratio proposé par la FO : un agent par résident. Après avoir expliqué le contexte épineux des réformes des EHPAD il nous semble intéressant de préciser les différents pôles de financements.

Les dépenses en soins qui préoccupent beaucoup nos aides-soignantes sont financées par l'assurance maladie via des quotas fixés par la fameuse ARS (Agence Régionale de Santé). Remarquons que ces financements ne sont pas ciblés par les réformes puisqu'elles ne correspondent pas à de la dépendance. Les dépenses de « dépendance » en revanche sont financées par le département. Enfin les dépenses d'hébergement relèvent des résidents et leurs familles. Certaines personnes peuvent bénéficier d'une aide départementale pour un remboursement des frais partiels ou complets.

8. D'après le site : <https://www.force-ouvriere.fr/les-ehpad-au-bord-de-l-asphyxie-financiere?lang=fr>

9. Crédit d'Impôt pour la Compétitivité et l'Emploi.

10. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

11. D'après le site : http://www.lepoint.fr/societe/maisons-de-retraite-la-reforme-du-financement-sujet-qui-fache-29-01-2018-2190467_23.php

2.3 La belle ouvrage et la souplesse dans le travail

Les deux aides-soignantes que nous avons interviewées étaient unanimes sur le fait qu'on les laisse assez libres dans leur travail. C'est un métier où doit régner une grande confiance puisque la vie des personnes âgées dépend de la qualité de travail des aides-soignantes.

Or, cette apparente liberté peut aussi révéler une certaine ignorance de la part de l'entreprise, qui ne voit pas les tensions quotidiennes auxquelles sont confrontées les aides-soignantes. D'autre part, si dans les gestes les aides-soignantes sont assez libres elles sont en revanche contrôlées par des documents informatiques de traçabilité, qui scrutés par les familles devient une source de pression.

La traçabilité est très importante et permet de vérifier si les soins ont bien été réalisés auprès des personnes. Cependant, c'est un outil très objectif et qui ne prend pas en compte la dimension subjective du travail. Cet outil est peu représentatif de la qualité du soin et des résistances de la part des résidents qui prennent du temps à résoudre.

À la résidence du Rond Royal les aides-soignantes doivent cocher sur un logiciel informatique les différentes tâches qu'elles ont faites. Cela peut être par exemple une toilette réalisée au lit, au lavabo, aide à habiller la personne, etc. Il y a aussi des pages en annexes avec des listes de pathologies à cocher si la personne en présente des symptômes. Le médecin coordinateur pourra alors prescrire des soins, thérapies en fonction de cet enregistrement informatique.

Cependant, cette méthode nous semble très malsaine pour l'ensemble du fonctionnement de l'équipe puisqu'il n'y a plus assez de dialogue entre les aides-soignantes qui sont les interlocutrices directes des résidents et les médecins qui prennent les décisions finales pour les traitements. Cocher des cases imposées participe au sentiment de « non-reconnaissance » des aides-soignantes dont l'ensemble de la préparation et les complications lors des soins sont réduits à des simples cases informelles. Le logiciel ne prête pas attention aux rapports humains, il ne s'occupe que des faits, c'est pourquoi nous pensons que c'est un outil très limité pour suivre le travail réalisé de l'aide-soignante.

Par ailleurs, ces logiciels ne prennent pas en compte d'autres problèmes pathologiques et mentaux qui ne seraient pas listés dans le logiciel. Il serait très intéressant de créer une case de dialogue par exemple où les aides-soignantes décriraient les maux des personnes et les résistances rencontrées plutôt que de laisser l'aide-soignante sans possibilité d'exprimer clairement la situation sur son propre travail.

À la maison de retraite Tiers Temps, les aides-soignantes utilisent des scanettes pour la traçabilité. Dès qu'un soin est fini, l'aide-soignante scanne le soin prescrit à côté du nom de la personne. Cette technologie a été mise en place il y a environ 5 ans. Pour les aides-soignantes c'est un outil ennuyant puisqu'il y

a une redondance marquée dans le fait de scanner un soin prescrit impersonnel, mais elles conçoivent aussi son importance pour éviter l'oubli de personnes.

C'est aussi avec cette traçabilité qu'est calculée le GIR des résidents en fonction duquel les personnes ont accès aux aides financières.

Dans le privé, où les familles sont très exigeantes à cause du prix plus élevé de la maison, cette traçabilité peut devenir très fastidieuse dans le cas où leur travail est remis en question sans véritable connaissance de cause. En effet, si certaines tâches n'ont pas été effectuées ce n'est peut-être pas par négligence ou oubli mais parce que la personne âgée s'y est fortement opposée, ou alors tel soin particulier n'était pas adapté. « Tous les résidents n'ont pas forcément les mêmes soins le matin¹². »

De plus les familles n'hésitent pas à faire remonter leurs mécontentements aux cadres ce qui peut nuire à la réputation de l'aide-soignante dont la reconnaissance dépend en grande partie du retour des familles. La famille est reine : « oui c'est ce qu'on nous fait comprendre » nous dit Marie-Christine. On observe alors un décalage entre la vision des aides-soignantes pour qui le contact quotidien avec les personnes âgées est une relation humaine à privilégier alors que du point de vue des cadres la personne est plus objectivement une ressource financière : « La direction considère toujours les résidents comme des clients, et le client est roi, ils nous le répètent souvent mais pas pour moi. Les personnes sont des résidentes et pas des clients » d'après Caroline. Le fait que la personne âgée soit « un client roi » explique aussi pourquoi les dirigeants de l'entreprise sont peu enclins à réagir aux violences occasionnées. L'aide-soignante de la maison de Rond Royal exprime cette frustration dans un exemple : « Parfois les résidents abusent aussi, ces derniers temps j'étais très fatiguée, et on doit faire un gros effort pour prendre les remarques des résidents. Oui, parfois ils vont un peu loin dans leurs propos, leurs façons de dire, mais ce que je peux comprendre aussi. » Ayant croisé la directrice plusieurs fois dans les couloirs il semble surprenant qu'il n'y ait pas de dialogue prévu pour gérer ces conflits.

Il y a donc une surveillance générale mais impersonnelle où les aides-soignantes restent assez libres de leur propre organisation. Malgré le manque de temps permanent, les aides-soignantes nous confient préférer être en retard pour bien réaliser un soin. En moyenne un soin du matin dure 20 minutes : « On a un timing, c'est serré, il y a beaucoup de monde, il faut satisfaire tout le monde mais les résidents ne sont pas des objets, je n'applique pas le timing à la lettre. Si la personne nécessite plus de temps aujourd'hui je lui consacrerai moins de temps demain¹³. » Nous remarquons alors plus de souplesse dans l'attribution des soins du côté de la maison Rond Royal même si cette adaptabilité est peut-être vitale

12. Propos de Marie-Christine

13. D'après Caroline

puisque'il y a moins d'aides-soignantes que dans la maison Tiers Temps.

2.4 Évaluation du travail

En discutant avec les aides-soignantes nous avons été surpris de découvrir que, comme nous, elles se posaient la question de l'évaluation de leur travail : « Je ne sais pas trop dire ça justement, comment-est-ce qu'ils peuvent nous évaluer, on est dans notre bulle, dans les chambres, je ne sais pas comment ils peuvent évaluer notre travail¹⁴. » En effet, en dehors des retours des familles (qui par ailleurs ne sont pas toujours justes) il n'y a pas d'évaluation formelle de la part de l'entreprise pour juger de la qualité des soins. Cette absence d'évaluation renforce le sentiment « d'être invisible » aux yeux de l'entreprise et cause une grande souffrance « c'est ce qui rend le travail très difficile, et c'est ce qui fait qu'il y a tout ce mouvement de personnel¹⁵ ». On ressent un manque de considération très fort dans ces paroles. La reconnaissance du réel du métier par l'entreprise permettrait de faire évoluer les situations conflictuelles et de manière générale répondre aux besoins des aides-soignantes. L'évaluation peut aussi se faire par le biais de l'équipe soignante puisque les aides-soignantes sont très soudées et travaillent en continu avec l'infirmière.

À la maison Rond Royal une auto-évaluation a lieu tous les ans, mais notre témoin souligne l'importance de créer un dialogue avec les cadres : « j'aimerais qu'on soit plus reconnues et valorisées. Il n'y a pas assez de dialogue avec la directrice, on a souvent le retour négatif mais jamais le côté positif » nous explique Caroline. L'auto-évaluation ne permet pas de connaître l'avis de l'entreprise sur sa prestation et ne permet donc pas aux aides-soignantes de prendre confiance en la qualité de leur travail surtout si les remarques passagères sont négatives. Il semblerait que l'évaluation par une source externe lors du soin ne soit pas non plus une solution : « une fois une infirmière est venue dans la chambre et jugeait ce que je faisais, je n'ai pas apprécié, avec une feuille sans me montrer. On ne fait pas du tout ce qu'on fait habituellement avec la personne, on perd un peu ses moyens¹⁶. » Surprendre l'aide-soignante dans son travail pour l'évaluer n'est pas judicieux, cela la déstabilise. Pourtant, nous pouvons nous demander si une présence régulière d'une infirmière externe donnant aussi des conseils serait préférable ?

Les aides-soignantes pourraient se rassurer de bien-faire, mais cela ne résoudrait pas le problème de la non-reconnaissance par les dirigeants. Les activités de ces derniers étant moins rattachées à l'humain, nous pouvons nous demander si cela ne pose pas un frein dans la communication avec les aides-soignantes.

14. Propos exprimés par Caroline

15. D'après le témoignage de Marie-Christine

16. Témoignage de Caroline

Peut-être sentent-ils un écart trop important dans la manière d’appréhender les résidents pour vouloir en discuter : « les bureaux ça n’a rien à voir avec le métier d’aide soignant, c’est purement économique dans les bureaux¹⁷ ». Pourtant, il y a un réel désir d’entrer en relation avec les supérieurs, on constate donc une opportunité d’amélioration managériale.

3 Tension fondamentale du métier

Plusieurs scandales de maltraitance envers des personnes âgées en EHPAD ont éclaté dans les médias ces dernières années. Ce phénomène de maltraitance peut être expliqué d’une part par le manque d’effectifs en EHPAD et d’autre part par une tension fondamentale du métier d’aide-soignante. L’aide-soignante est parfois tiraillée entre deux devoirs qui s’opposent lorsque la personne âgée ne consent pas à recevoir les soins que l’aide-soignante est censée réaliser. L’aide-soignante doit d’un côté effectuer les soins conformément aux prescriptions du métier et en même temps être à l’écoute de la volonté de la personne âgée. Il est tout à fait possible de concilier ces deux devoirs quand le résident accepte les soins mais ceux-ci entrent en contradiction quand ce dernier refuse catégoriquement les soins. Marie-Christine précise que le refus de la toilette est assez fréquent.

Il est par ailleurs important de noter que les aides-soignantes touchent directement au corps des personnes âgées, ils rentrent dans leur intimité et cela peut être déroutant pour les personnes âgées qui peuvent se sentir infantilisées ou humiliées.

La tension est formalisée sur la figure 3. En cas de refus de la part du résident, l’aide-soignante doit privilégier un devoir sur l’autre avec les risques et les dérives que cela comporte :

- A. L’aide-soignante peut décider d’être à l’écoute de la personne âgée et d’accepter son choix. Au fil du temps, elle risque de ne pas réaliser les soins sur une longue période si la personne âgée ne consent toujours pas. Il y a alors un danger de dégradation de l’hygiène et de la santé de la personne âgée. Il peut y avoir des conflits avec la famille qui ne comprend pas pourquoi la toilette n’a pas été effectuée depuis une semaine et la responsabilité de l’aide-soignante est en jeu. Cette dernière peut se sentir coupable et avoir des troubles psychologiques ;
- B. L’aide-soignante peut décider d’effectuer les soins pour le bien de la personne âgée quitte à utiliser la force si nécessaire. On voit comment il peut y avoir maltraitance physique et psychologique envers la personne âgée qui peut se sentir humiliée dans son intimité. En retour, la personne âgée peut aussi être

17. Témoignage de Caroline

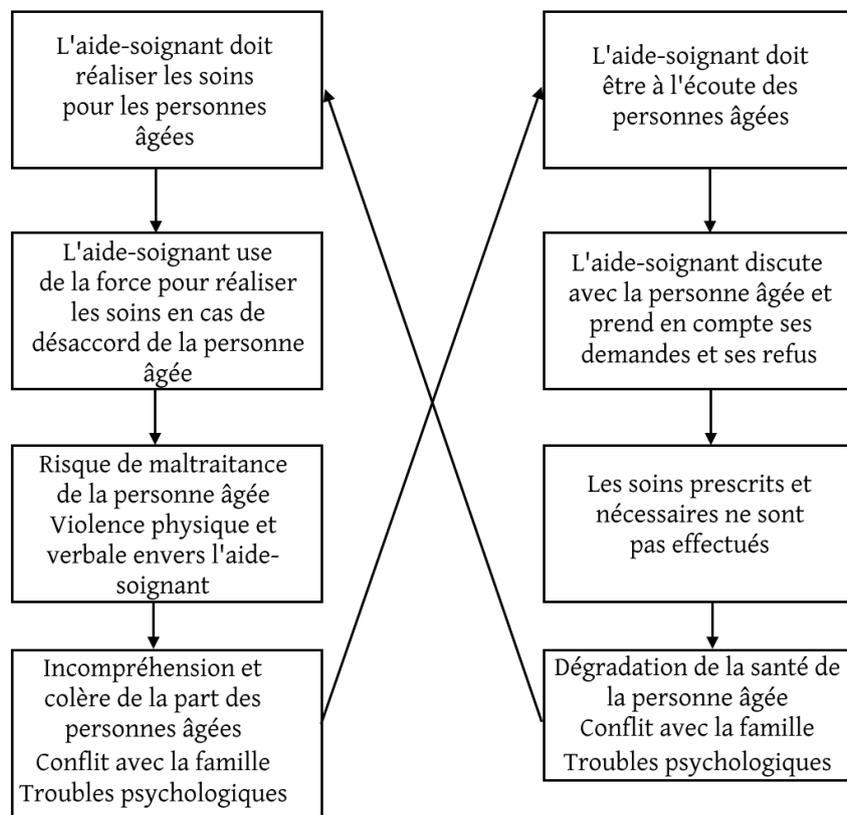


FIGURE 3 – Tension fondamentale du métier d’aide-soignante autour du consentement.

violente physiquement et verbalement envers l'aide-soignante. Il est possible qu'il y ait un conflit avec la famille de la personne âgée, sans compter la culpabilité et les troubles psychologiques qui peuvent affecter l'aide-soignante.

Ajoutons qu'avec le sous-effectif, la surcharge de travail, le temps limité et la fatigue qui en découle, les dérives engendrées par la voie B risquent fortement d'avoir lieu. Les deux aides-soignantes avec qui nous nous sommes entretenus sont unanimes sur le fait que la plus grande qualité nécessaire pour exercer le métier d'aide-soignante est la patience. Marie-Christine déclare que son métier est un « métier d'une très grande patience, je le dis et le redis c'est la qualité principale de l'aide-soignante. »

Il est à noter que la traçabilité des soins (avec les scanettes par exemple) permet de prouver juridiquement qu'il n'y a pas eu négligence de la part des aides-soignantes. En effet, lorsqu'une personne âgée refuse un soin, l'aide-soignante peut notifier le refus. Les aides-soignantes essaient néanmoins d'effectuer les soins : « bien-sûr, essayer de persuader la personne recroquevillée sur elle-même de descendre car c'est important pour sa santé, mais en même temps on est obligé de respecter ses choix [...] on doit faire progressivement, mais on ne peut pas forcer. »

Cette tension est fondamentale pour comprendre le métier d'aide-soignante, Marie-Christine affirme que pour elle « c'est vraiment la chose la plus difficile ». Pourtant, cette problématique n'est pas abordée dans les formations d'aides-soignantes. On est face à un écart prescrit-réel éprouvé fréquemment par les aides-soignantes.

Pour résoudre cette tension, il est utile d'appeler le psychologue pour discuter avec la personne âgée : « Même si elle n'a pas envie de manger on ne peut pas la forcer car cela peut être dû à une pathologie, dépression, etc. Si on n'arrive pas à percer la communication, la psychologue peut intervenir. Quand on manque de temps et d'arguments, la psychologue elle a plus de temps pour passer du temps avec la personne et la persuader. » selon Caroline. Cependant, le psychologue n'est pas toujours présent dans l'EHPAD, et il ne peut pas toujours résoudre le problème du consentement.

Appeler la famille peut aussi résoudre le conflit mais cela demande du temps et cela n'est donc pas réalisable au jour le jour. Marie-Christine nous avoue que les calmants sont une solution au problème mais que les médecins rechignent à les prescrire : « les médecins n'entendent pas ou ne voient pas. » De plus, les personnes âgées se sentant meurtries dans leur intimité, elles ne vont pas forcément en parler, « le médecin va arriver et le patient va être tout sourire et tout va bien aller... Il faudrait faire venir le médecin pendant la toilette. » La solution médicamenteuse est toujours la dernière solution car c'est la solution la plus incommode pour la personne âgée.

C'est pourquoi les aides-soignantes et les infirmières doivent tenter de trouver des solutions adaptées à chaque personne âgée afin de trouver l'astuce qui la calme suffisamment pour faire le soin. Dans le cas de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, cela peut-être par exemple trouver une musique que la personne aimait quand elle était plus jeune (les souvenirs anciens sont relativement préservés dans le cas de cette maladie). Parfois, l'heure à laquelle la toilette est effectuée affecte l'humeur de la personne âgée auquel cas les aides-soignantes s'arrangent pour l'effectuer à la bonne heure. De même, certaines personnes âgées refusent d'être lavées par des aides-soignants et n'accepte que les aides-soignantes auquel cas les aides-soignants s'organisent en respectant la volonté des personnes âgées. Ces stratégies mises en place par les aides-soignantes sont trouvées par l'expérimentation et par le partage d'informations durant les pauses et les transmissions.

Quant à la prise en charge psychologique des aide-soignantes, elle est quasiment inexistante, malgré les violences physiques et psychologiques qu'elles subissent. La psychologue est là pour les personnes âgées, elle n'a pas le temps pour s'occuper des aides-soignantes, « elle pourrait nous aider aussi¹⁸. » Il y donc un réel travail à faire sur la médecine du travail pour les aides-soignantes. En attendant, les aide-soignantes font ce qu'elles peuvent pour gérer cela : « On en parle en équipe, on en rit... Ça peut être très fatigant... Il y en a qui démissionnent¹⁹. »

4 Écart prescrit/réel

L'écart entre le prescrit et le réel n'était pas toujours évident à expliquer aux aides-soignantes, c'est à travers différentes anecdotes que nous arrivons à déceler l'écart inévitable entre la prescription et le réel du travail. Ces écarts sont dûs en grande partie au manque de ressources financières, amenant l'aide-soignant à devoir compenser les insuffisances par ses actions. Cela engendre une fatigue physique et morale liée à un sentiment d'impuissance, celle de ne pas pouvoir innover pour le bien des personnes²⁰.

4.1 Au-delà de la dépendance

Nous avons évoqué précédemment l'incapacité des aides-soignantes à prendre du temps pour autre chose que les soins. Avant le départ d'une de ses collègues, Marie-Christine était aussi animatrice. Le temps passé avec les résidents n'était

18. Selon Marie-Christine.

19. Idem.

20. Notons que notre utilisation du terme prescrit comprendra non seulement les indications formelles à suivre dans le métier mais aussi « ce qui serait préférable de faire ».

donc pas uniquement réservé aux soins. Nous pensons que l'absence de ces temps de loisir avec les personnes âgées altère les relations avec les aides-soignantes qui deviennent des « dispensaires de soins » leur rappelant ainsi leur dépendance et les déshumanisant. La diminution du nombre d'aides-soignantes aggrave la situation en hâtant les changes et services d'hygiène. Or, le soin demande beaucoup d'attention et de patience qui ne se compte pas en minutes. Ce manque de temps serait alors perçu comme un manque d'attention pour la personne âgée qui chercherait à compenser cette insatisfaction par des remarques et de l'insubordination. Par ailleurs cette résistance de la personne âgée épuise l'aide-soignante et renforce son sentiment d'impuissance, elle peut devenir plus impatiente et vouloir écourter le soin d'avantage. Nous voyons alors la création d'un cercle vicieux où le résident et l'aide-soignante s'enfoncent malgré eux²¹.

La perte de relations stables et sereines est pourtant contraire à l'essence du métier d'aide-soignante qui est censé contribuer au bien-être de la personne et lui faire redécouvrir son autonomie²². Pour aider les personnes à s'affranchir de leur dépendance, les deux partis doivent s'entraider et pour cela il faudrait instaurer plus de temps pour développer des liens de confiance par des activités partagées par exemple.

L'aide-soignante de la maison le Rond Royal explique avoir un carnet de notes sur son chariot où elle note ses propositions d'améliorations du service. Malheureusement, il n'y a pas d'écoute pour exécuter ces initiatives ce qui décourage les aides-soignantes de communiquer leurs requêtes. Une des raisons pour ce désintéressement c'est la restriction des budgets imposés par l'ARS : l'agence régionale de la santé qui dirige toutes les maisons de retraite de l'Oise. Les aides-soignantes ne connaissent presque rien sur cette agence, sur comment elle gère les maisons de retraite et pourtant elle est utilisée comme excuse à chaque nouvelle proposition. La directrice dit toujours « c'est l'ARS²³ ». Il n'y a aucun dialogue à part une justification avec un acronyme qui reste ténébreux.

Si l'ARS est au coeur des opérations en interne des maisons de retraite il semble indispensable qu'il y ait plus de transparence et de communication avec le personnel sur le terrain. En effet, nous avons remarqué à travers nos interviews que progressivement le nombre d'aides-soignants diminuait : « en rentrant de vacances on s'est retrouvé à 4 » nous dit Caroline. C'est à partir de ce moment qu'il y a un véritable surmenage et l'activité Snoezelen (cf. Figure 6) proposée par Caroline est délaissée. Notre aide-soignante a connu l'existence de cette activité à travers une formation. Il s'agit d'un espace de détente et d'exploration des

21. Remarquons que ce n'est pas le cas de toutes les personnes âgées et aides-soignantes heureusement.

22. Rôle de l'aide-soignant selon le site <http://www.maisons-de-retraite.fr/Les-metiers-du-grand-age/Les-metiers-soignants/Aide-soignant>

23. Temoignage de Caroline

sens développé par des hollandais dans les années 1970. Ce qui est particulièrement intéressant avec ce concept est qu'il permet de lutter contre les handicaps mentaux, en augmentation dans les deux maisons de retraite. « Depuis quelques années on reçoit des personnes avec des problèmes psychiatriques. On en reçoit de plus en plus et ils ne sont pas très âgés » nous explique Marie-Christine. Les aides-soignantes témoignent de leur sentiment d'être inadaptées face ces nouveaux résidents qui sont pour la plupart plus jeunes et vigoureux que la plupart des résidents. C'est pourquoi la formation au Snoez-Elen était une initiative pertinente pour le bien-être général. Nous avons pu voir ces sièges relaxants, lumières et jeux prévus pour stimuler la mémoire et les 5 sens mais comme nous témoigne Caroline faute de temps et de moyens ils sont tombés à l'abandon. Cet exemple confirme une volonté de bien faire qui n'est pas soutenue par l'ensemble des supérieurs.

4.2 Des espaces et équipements de travail inadaptés

Les deux maisons de retraite que nous avons visité étaient des espaces reconvertis. Marie-Christine nous explique qu'au départ la maison était une résidence pour personnes âgées mais sans dépendance. Puis lorsque les personnes ont vieilli il a fallu plus d'aides-soignantes, malheureusement la conception du bâtiment n'est pas en accord avec cette dépendance. Il en est de même pour Caroline, « ce n'est pas toujours fonctionnel parce que c'est assez vétuste, les chambres sont étroites, on a du mal pour doucher les personnes et avancer avec les fauteuils roulants. » Au lieu d'avoir des couloirs rectilignes et spacieux comme en hôpital, les couloirs sont étroits et serpentent ce qui rend l'accès aux chambres difficile et plus fatigant (cf. Figure 7).

De plus les ascenseurs sont petits et trop peu nombreux, les aides-soignantes doivent prévoir un temps d'embouteillage aux heures des repas et parfois porter à deux la personne jusqu'à sa chambre si l'attente est trop longue.

Nous avons aussi évoqué le fait que les logiciels du Rond Royal soient trop protocolaires et ne prennent pas compte la gestion des refus et agressions subies. Souvent le manque de temps implique que les aides-soignantes oublient de transmettre les dysfonctionnements et manques de matériel à la direction. Par exemple à la résidence Tiers Temps, la climatisation des chambres dépend du financement de la famille sinon il y a des petits ventilateurs mais qui ne sont pas toujours fonctionnels.

L'été est la période la plus difficile de l'année car la chaleur entraîne la déshydratation des personnes âgées ce qui entraîne chaque année des décès mais les maisons de retraite sont peu adaptées aux canicules d'où l'apparition de scandales dans la presse. Marie-Christine témoigne de l'absence de stores ce qui en

été est préoccupant, il faut alors trouver des astuces : les aides-soignantes posent des couvertures de survie sur toutes les fenêtres des 3 étages.

L'absence de matériel est une chose mais nous étions surpris que les équipements destinés à soulager les mouvements de l'aide-soignant ne soient pas ou peu utilisés. Il existe dans chaque maison des verticalisateurs : machines qui soulèvent la personne et la pose dans son fauteuil roulant. Ces systèmes seraient bénéfiques pour le dos des aides-soignantes mais ils sont beaucoup plus lents que de poser manuellement la personne dans le fauteuil. Les écarts observés entre les équipements présents et les besoins réels des aides-soignantes attestent d'un manque de connaissance du métier puisque les pratiques quotidiennes ne sont pas prises en compte dans les choix du matériel.

4.3 Questions éthiques posées par les aides-soignantes

Notre tension principale nous a permis d'entrevoir l'étendue des questions éthiques liée au métier d'aide-soignante. Comment concilier dignité de la personne âgée et soin alors que celui-ci met à bas l'intimité de la personne et peut provoquer un sentiment d'humiliation ? Dans la situation idéale, le soin est un geste de confiance et de proximité entre deux êtres.

Mais dans le cas contraire, l'aide-soignant doit faire face aux refus des personnes âgées d'être lavées, changées et même nourries. Si le refus du soin est un droit propre à la personne adulte, il nous est apparu lors des entretiens que les efforts pour faire obtempérer la personne âgée est bien plus courante. En effet, abandonner le résident à son refus signifie le laisser mourir. Or, il est difficilement supportable de laisser des personnes dépendantes sans assistance, et l'aide-soignante peut aussi voir cela comme une incapacité à effectuer son travail. Cette situation peut engendrer la culpabilité en manquant à son devoir de « soignant » mais aussi de la confusion car l'abandon de la personne signifie qu'on a respecté son choix. L'utilisation de la force est aussi remise en question par les aides-soignantes, elles ont l'impression de porter atteinte à la dignité de la personne.

Les conseils apportés par les infirmières et psychomotriciennes dans ces instances sont à la fois rassurants puisqu'il y a de l'entraide mais aussi frustrants « puisqu'elles ne sont pas sur le terrain²⁴. » Les aides-soignantes sont alors confrontées à une voie sans issue puisque qu'elles agissent ou non, le choix demeure insatisfaisant et culpabilisant, elles continuent à y penser après le travail.

Les aides-soignantes peuvent aussi se reprocher d'accorder plus de temps à des résidents exigeants qui par ailleurs sont généralement plus vigoureux et moins dépendants. Caroline exprime la situation suivante : « À Joséphine par exemple,

24. Marie-Christine.

certaines personnes sont plus exigeantes donc elles vont me demander plus de temps et dans ce cas-là je vais leurs consacrer 10 minutes de plus que d'autres qui ne me demandent rien, j'aimerais bien accorder le même temps à la personne qui ne me le demande pas mais qui le mérite tout autant. »

Nous pouvons lier cette remarque au fait que depuis quelques années le nombre de personnes à troubles psychiatriques augmente. Cette situation déstabilise les aides-soignantes qui n'ont jamais eu de formations adaptées à ces changements. Nous avons ressenti un besoin pressant de ré-actualiser les compétences des aides-soignantes pour qu'elles puissent maîtriser les situations d'agressivité avec ces résidents plus autonomes.

5 Fonctions du travailler

Nous avons recueilli la perception de Marie-Christine sur la satisfaction des différentes fonctions du travailler pour le métier d'aide-soignante qui est selon nous généralisable à tout le métier d'aide-soignante sur certains points qui témoignent de problématiques dont nous avons déjà discuté.

Commençons avec la première fonction du travailler, l'individuation psychique, avec le morceau de FAST annoté 4.

- 1.1 Le métier d'aide-soignante est mal perçu socialement et est mal payé. Celui-ci est perçu comme le « sale travail » en maison de retraite, la famille des aides-soignantes se demandent pourquoi est-ce qu'elles font ce métier. Ce travail ne permet donc pas totalement de développer une autonomie sociale.
- 1.2 Comme on vient de le voir, ce métier est plutôt mal payé : le salaire de base avoisinerait les 1370 euros net et les primes sont rares à la résidence Tiers Temps. Néanmoins, quand les installations au sein de la résidence sont appropriées, les conditions de travail sont correctes.
- 1.3.1 Les aides-soignantes doivent parfois aider des personnes âgées ayant des troubles psychologiques et des pathologies pour lesquelles elles n'ont pas forcément été formées. Ajoutez à cela la surcharge de travail et les installations pas toujours adaptées. Les missions n'apparaissent donc pas toujours adaptées au réel du travail d'aide-soignante.
- 1.3.2 La tension fondamentale que nous avons identifiée est éprouvée quotidiennement par les aides-soignantes. Chaque aide-soignante est confrontée à cette question du consentement qui n'est pas mentionnée dans les prescriptions ou dans les formations d'aide-soignante.
- 1.3.3 Les aides-soignantes doivent rivaliser d'imagination et expérimenter pour trouver les astuces qui permettent de calmer les personnes âgées réticentes.

Elles ne sont par contre pas toujours écoutées quant à la prescription de calmants.

1.3.4 Cependant, elles ne reçoivent aucune reconnaissance pour avoir effectué une toilette dans le calme. Cela fait néanmoins parti de la « belle ouvrage » du métier en quelque sorte, cela fait partie du travail.

1.4 Les métier d'aide-soignante est un métier d'endurance où il faut faire preuve de patience. Une aide-soignante non patiente risque de maltraiter plutôt que de sublimer ses failles.

1.5 Bien que le métier d'aide-soignante soit considéré comme un « sale boulot » (ce qui ne contribue pas à rêver sa vie), il permet quelques évolutions vers l'animation et permet des passerelles vers d'autres métiers du soin.

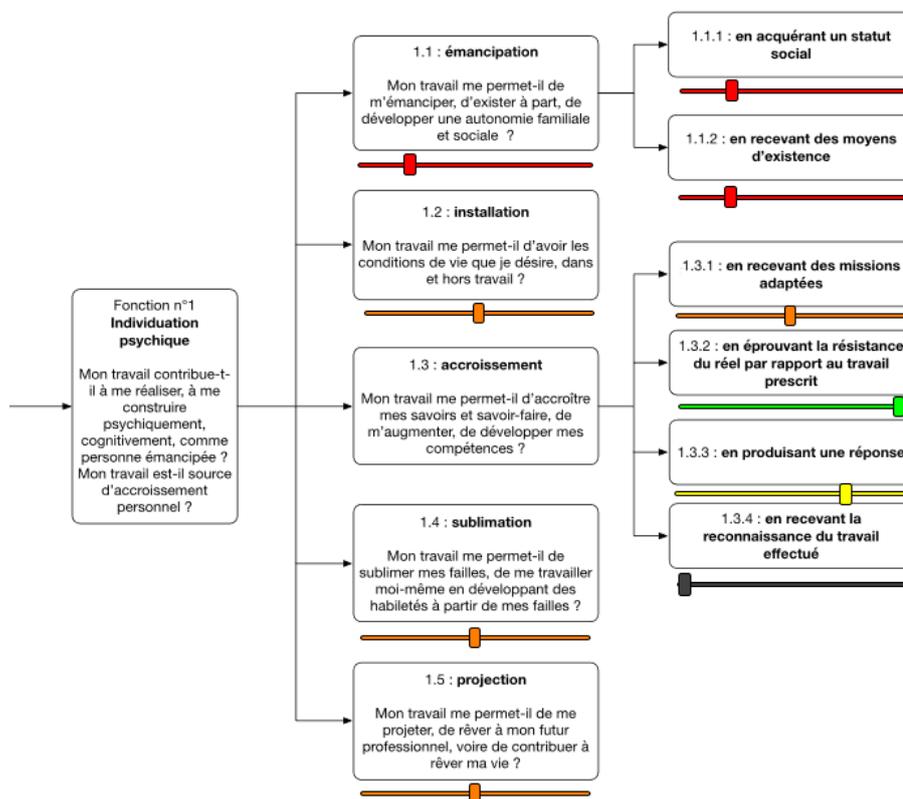


FIGURE 4 – Réalisation de la fonction d'individuation psychique pour le métier d'aide-soignante.

Toutes ces observations dans le cas de Marie-Christine s'applique à la majorité des aides-soignantes dans la plupart des EHPAD. Quant à l'individuation socio-professionnelle, le métier d'aide-soignante étant plutôt difficile et lassant, il y a

beaucoup de démissions au bout de quelques années de travail. Difficile donc de se sentir membre d'un corps professionnel soudé même si les équipes travaillent en coopération.

Enfin, pour l'individuation sociétale, cet aspect est très personnel et chaque aide-soignante a sa sensibilité par rapport à la dépendance et à la fin de vie. Marie-Christine aime le contact avec les personnes âgées et considère qu'elle participe au fonctionnement de la société en accompagnant les personnes âgées dans leur fin de vie. Elle déplore néanmoins que les aides-soignantes et leurs revendications soient tant ignorées « personne ne veut investir pour les personnes âgées. »

6 Pistes de solutions

Nous allons présenter quelques pistes de solutions aux problèmes de la reconnaissance du métier d'aide-soignante et de la tension fondamentale du métier d'aide-soignante.

Tout d'abord par rapport à la tension du consentement, nous l'avons vu, une aide psychologique devrait être accordée aux aides-soignantes pour faire face aux violences psychologiques auxquelles elles sont exposées : « la psychologue, on ne va jamais la voir pour nous²⁵. » Il y a aussi un travail à faire au niveau de la formation des aides-soignantes pour apprendre à gérer ces cas de non-consentement et d'agressivité de la part des personnes âgées.

Il pourrait aussi être intéressant de créer un échelon entre l'aide-soignante et l'infirmière afin d'apporter de la pluridisciplinarité au sein des équipes soignantes. En effet, les EHPAD voient de plus en plus de résidents atteints de pathologies multiples qui sont difficiles à gérer sans formation adaptée.

Du côté de l'évaluation, celle-ci est actuellement rare (1 fois par an) et ne porte pas sur la réalisation du soin en soi mais sur le rapport subjectif par rapport aux résidents. Il pourrait être intéressant d'intégrer la résistance du réel dans l'évaluation des aides-soignantes et évaluer leur manière de gérer les cas de non-consentements pourrait diminuer la maltraitance. Évaluer les soins en eux-mêmes reste néanmoins compliqué à cause de l'intrusion dans l'intimité des personnes âgées pendant les soins...

Enfin, notons l'importance de flexibiliser la distribution des budgets régis par l'ARS. Ainsi une EPHAD qui aurait besoin de plus d'équipements pourra choisir de verser une partie de l'argent normalement prévu pour des postes, charges, etc. dans l'achat de matériel nécessaire au lieu de conserver de l'argent dormant pour un service inutile.

25. D'après Caroline

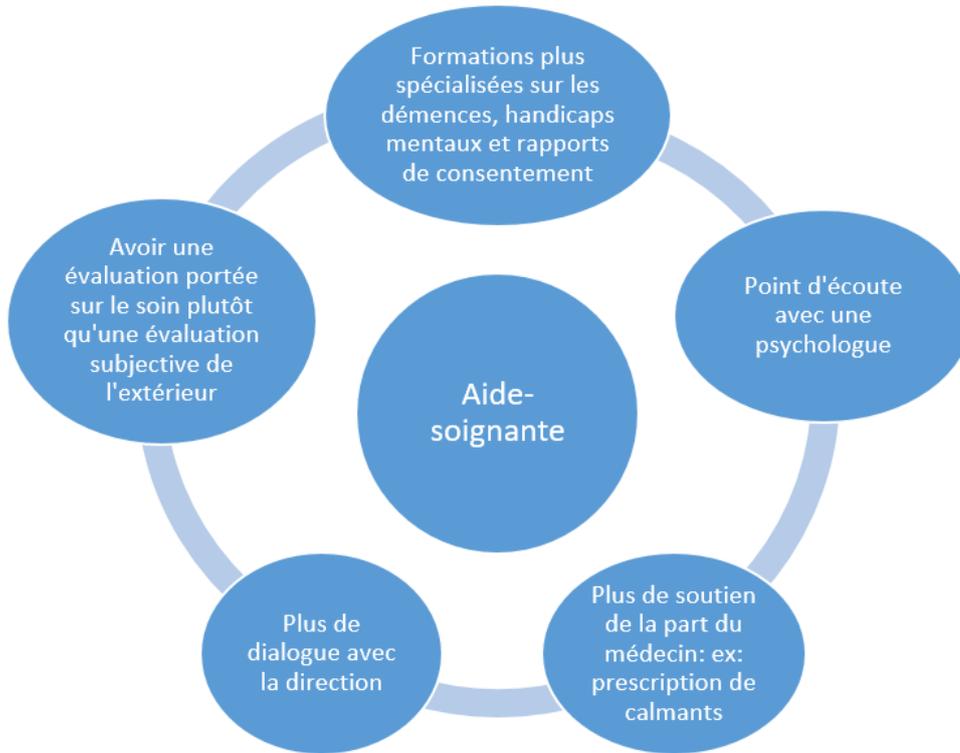


FIGURE 5 – Cercle : pistes de solutions.

Conclusion

Nous voulons encore remercier les aides-soignantes qui ont pris sur leur temps de repos pour nous expliquer pleinement les tenants et les aboutissants de leur métier. Nous avons été touché par leurs témoignages qui attestent d'une confiance sincère. Grâce à elles, nous avons pu prendre du recul sur ce que nous connaissions de la maltraitance, et même être bouleversés par nos découvertes sur l'agressivité méconnue des résidents parfois meurtris dans leur intimité. Fort heureusement, les aides-soignantes nouent aussi des liens très forts avec les personnes et contribuent énormément à leur bien-être en soignant leurs corps et leurs esprits avec patience et diligence. Le partage de connaissances fut d'autant plus stimulant que nous avons pu présenter nos outils qui, nous l'espérons, aura pu les faire réfléchir sur leur métier et leur donner des mots pour penser la souffrance qu'elle ressentait au quotidien.

Annexes

Les 8 modules nécessaires à l'obtention de diplôme d'aide-soignant :

- Module 1 : 4 semaines Accompagnement dans les activités de la vie quotidienne 4 semaines
- Module 2 : 2 semaines L'état clinique d'une personne 4 semaines
- Module 3 : 5 semaines Les soins 8 semaines
- Module 4 : 1 semaine Les soins 2 semaines
- Module 5 : 2 semaines Relation - Communication 4 semaines
- Module 6 : 1 semaine Hygiène des locaux hospitaliers 2 semaines
- Module 7 : 1 semaine Transmission des informations Pas de stage
- Module 8 : 1 semaine Organisation du travail Pas de stage 17 semaines 24 semaines



FIGURE 6 – Ambiance Snoezelen à la maison du Rond Royal



FIGURE 7 – Couloirs étroits



FIGURE 8 – Rangement de chambre après décès