

## ENQUÊTE MÉTIER

Penser, voir et designer le travail

### AIDE-SOIGNANTE EN EHPAD





*« Entre liberté et sécurité, entre logique budgétaire et besoins des personnes hébergées, les aides-soignantes s'efforcent de prendre soin des personnes en les considérant dans leurs particularités, de tenir compte de leur histoire de vie, de leurs désirs et capacités, et ainsi de donner un sens à leur travail, celui d'aider ces personnes en les respectant profondément. »*

Catherine Mercadier, « Aide-soignante : un métier plus éthique que technique », 2007.

## Table des matières

<b>Remerciements.....</b>	<b>5</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>6</b>
<b>Présentation des interviewés.....</b>	<b>8</b>
<b>L'organisation de l'Ehpad : deux services bien distincts.....</b>	<b>13</b>
<b>L'Ehpad : témoin d'un nouveau rapport à la vieillesse.....</b>	<b>15</b>
Introduction historique.....	15
Quelle relation entre l'institution et les familles ?.....	16
<b>Qu'est-ce que l'accompagnement des résidents en Ehpad ?.....</b>	<b>20</b>
L'accompagnement : une adaptation aux facultés des résidents.....	20
L'accompagnement : une adaptation à l'état d'esprit du résident.....	21
Basculer du côté du faire, tomber dans l'obligation ?.....	22
Tomber dans le faire : est-ce réellement possible lorsque l'on accompagne des êtres humains ?.....	22
Quand la recherche de l'équilibre se heurte à une limite : le refus systématique du résident.....	23
<b>Accompagner l'humain en Ehpad : comment travailler au service de l'humain dans un service rationalisé ?.....</b>	<b>25</b>
Une organisation industrielle et des contraintes qui pèsent sur les aides-soignantes.....	25
Des indicateurs pour lutter contre la standardisation du service proposé par l'Ehpad : sont-ils en adéquation avec le réel du métier d'aide-soignante ?.....	28
Zoom sur le projet personnalisé : la réponse pour dépasser le service standardisé proposé par l'Ehpad ?.....	30
La question du GMP et du PMP : des outils qui passent à côté du réel du métier.....	31
<b>La mort au travail.....</b>	<b>33</b>
Le sourire au bord des lèvres.....	33
Violence et maltraitance.....	34
Gestion de l'attachement.....	35
Une vision de l'âge changée.....	36
<b>Au-delà du sous-effectif et la maltraitance : l'importance du collectif du travail.....</b>	<b>37</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>39</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>40</b>

## Remerciements

Avant de débiter notre récit nous tenions à remercier les personnes qui nous ont permis de réaliser ce projet.

Nous tenons à remercier chaleureusement Catherine, Jeanne, Afi et Frédéric. Merci d'avoir rendu ce travail possible, en nous permettant d'accéder à une partie de la réalité du métier d'aide-soignante. Merci de nous avoir fait entrer dans vos vies, dans votre travail. C'était une expérience réellement enrichissante pour nous.

Merci aussi à Frédéric Garcia-Suarez, qui a pris de son temps pour trouver des membres de son équipe disposés à participer à notre enquête.

De la même façon, nous aimerions remercier l'ensemble des intervenants du cabinet de conseil Plein Sens pour nous avoir instruites notamment sur la façon de mener à bien ces entretiens.

Merci aussi à Monsieur Salzmänn pour son accompagnement pédagogique quotidien.

## Introduction

En 2022, la France compte environ 400 000 aides-soignantes, dont 93%<sup>1</sup> sont des femmes. C'est d'ailleurs pour ces raisons que nous avons fait le choix de féminiser le mot aide-soignante, pour témoigner justement de cette prédominance féminine au sein de la profession. Ensuite, de cet effectif, 155 000 environ travaillent en Ehpad. Or en 2019, « 730 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent<sup>2</sup> ». En moyenne, cela fait donc environ 3 aides-soignantes pour 10 résidents. Pour autant la situation n'est pas la même dans tous les établissements. En effet, dans certains d'entre eux on frôlerait plutôt les 8 à 10 résidents par aide-soignante ou par binôme.

Une chose est sûre : ces établissements semblent cruellement manquer d'effectif. Les offres d'emploi dans ce secteur se multiplient de plus en plus, en parallèle d'une population vieillissante toujours plus nombreuse, et pourtant ce métier ne parvient pas à recruter assez de personnel soignant.

Nous avons pu, au cours de nos entretiens et nos recherches, retenir quelques raisons majeures — elles ne sont sûrement pas les seules — pouvant être à la source de ce manque.

Tout d'abord, il est important de dire que le métier d'aide-soignante n'est pas un métier très rémunérateur. Si souvent il s'agit d'une profession reconnue pour le fait que l'on y trouve du sens, le salaire n'est, d'après les travailleurs de ce métier, pas assez élevé. En effet, en 2023, le salaire moyen d'une aide-soignante est de 1750 euros par mois<sup>3</sup>. C'est notamment pour ces raisons que des personnes comme Jeanne souhaitent se professionnaliser davantage pour pouvoir grimper dans la hiérarchie du soin gériatrique et donc obtenir un meilleur salaire.

À cela s'ajoute aussi une image véhiculée peu voire pas du tout représentative du métier dans sa globalité. Comme Afi nous l'explique, souvent son métier est décrit par les personnes externes comme une profession où l'on lave les personnes âgées. Or, comme nous le verrons plus tard, le métier va bien au-delà de cette simple tâche. Le lien social que les aides-soignantes créent avec les résidents des Ehpad est fort : ça ne s'arrête pas au détail de la toilette. Les aides-soignantes ne viennent pas dans ces établissements pour changer des couches, mais pour le côté social. Et c'est cette motivation qui semble captiver les professionnels du secteur : on affirme souvent que lorsque l'on découvre ce métier on le garde, car on se rend compte de sa beauté et de son importance pour la société.

Comme nous l'ont expliqué Jeanne et Afi, il semblerait qu'à leurs yeux leur métier ne soit pas suffisamment reconnu. Si les familles sont toujours gentilles avec elles, elles ne semblent pour autant pas reconnaissantes du travail effectué par les aides-soignantes pour leurs proches, ou du moins, ne l'expriment

---

<sup>1</sup>Ministère de la santé et de la prévention, « Aide-soignant », 26 Octobre 2022, [En ligne], URL : <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-soignant>

<sup>2</sup> Drees, « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », no.1237, Juillet 2022, [En ligne],

URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

<sup>3</sup>Glassdoor, « Salaire d'un Aide soignant, France », Juin 2023, [En ligne], URL : [https://www.glassdoor.fr/Salaires/aide-soignante-salaire-SRCH\\_KO0,14.htm#:~:text=Le%20salaire%20moyen%20pour%20le,%E2%82%AC1%20750%20en%20France.](https://www.glassdoor.fr/Salaires/aide-soignante-salaire-SRCH_KO0,14.htm#:~:text=Le%20salaire%20moyen%20pour%20le,%E2%82%AC1%20750%20en%20France.)

pas ouvertement. De la même façon, ce manque de reconnaissance semble se répercuter à l'échelle de la société : globalement peu reconnaissante du rôle fondamental des aides-soignantes dans la prise en charge de la vieillesse. Et cela se manifeste non seulement par un salaire selon elles peu adapté mais aussi un manque considérable de gestion de la prise en charge par l'État des problèmes récurrents liés aux Ehpad, en plus d'un manque d'investissement des jeunes générations.

Enfin, les récents événements liés à l'entreprise Orpéa ne font pas honneur à ce métier. De fait, si le manque de moyen est crucial dans ce domaine, la gestion privatisée de ces Ehpad relève du catastrophique et mène à des épuisements professionnels mais aussi des cas de maltraitements et négligences. La recherche de profit est tellement importante aux yeux de ces grands dirigeants que le soin semble passer après et force les employés à faire face à une importante détresse de moyens financiers et matériels. Pour autant, cette gestion particulière ne résume en aucun cas la volonté individuelle des aides-soignantes et encore moins de l'ensemble de la profession.

Nous souhaitons donc dépasser toutes ces problématiques qui sont aujourd'hui bien documentées. Comme Victor Castanet, nombreux sont ceux qui ont mis en lumière les cas de maltraitance en Ehpad. Bien que cela constitue un sujet de discussion essentiel dans notre société, notre objectif est d'aller plus loin dans la compréhension du vécu des professionnels de l'Ehpad. Une chose est claire quant à la situation des aides-soignantes en Ehpad : le travail en sous-effectif accroît la cadence, ce qui peut augmenter le risque de négligence des résidents. Les cas de maltraitance ne sont pas la résultante d'actions individuelles mais bien le reflet d'une organisation de travail délétère.

Face à ce constat qui semble nous mener à une impasse — les moyens financiers et le manque de motivation des jeunes générations ne vont pas permettre de résoudre le problème du sous-effectif — il nous semble nécessaire de comprendre le métier d'aide-soignante. À quelle réalité sont-elles confrontées dans leur quotidien ? Concrètement, quelles sont les difficultés qu'elles peuvent rencontrer, mis à part la grande charge de travail ? Quelles sont les stratégies et les savoir-faire qu'elles mettent en place pour dépasser les difficultés propres au monde de l'Ehpad ?

Nous souhaitons par ailleurs aller au-delà de la question du sous-effectif et des cas de maltraitance, en cherchant à comprendre ce que veut dire de travailler en collectif en étant aide-soignante.

Saisir la beauté de ce métier est d'autant plus important dans ce contexte de crise des Ehpad. Parce que, nous le verrons, les aides-soignantes sont au cœur de ce service. Pourtant, si ce sont elles qui accompagnent une partie toujours plus importante de notre société, elles ne semblent pas être accompagnées.

## Présentation des interviewés

Nos recherches ont été très complexes, le temps étant compté pour les aides-soignantes, trouver une heure de disponible n'était pas une moindre tâche. Malgré tout, nous avons réussi à réaliser trois entretiens. Au cours de cette étude nous avons donc pu interroger deux aides-soignantes travaillant en Ehpad, une privée et l'autre publique. Nous avons aussi pu réaliser une troisième rencontre avec deux anciens aide-soignants, désormais travaillant en accueil de jour.

La première interviewée souhaite rester anonyme, nous l'appellerons Jeanne. Elle travaille dans une structure privée, sans unité spécialisée pour les personnes âgées atteintes d'Alzheimer. Elle travaille depuis deux ans dans cet Ehpad de l'Oise. Arrivée en France pour suivre son compagnon, elle s'est tournée vers la vente en espérant y trouver une posture d'écoute, de conseil. Cependant, ce métier n'a pas assez de sens à ses yeux et son aide n'est pas aussi importante qu'elle le souhaiterait. C'est ainsi qu'elle se reconvertisse et suit des études d'AES pour devenir accompagnatrice éducative et sociale. Ces études l'amenant à effectuer plusieurs stages, elle fait 6 mois de stage auprès d'enfants polyhandicapés puis 6 mois en maison de retraite. S'y plaisant, elle décide d'y rester indéfiniment. Jeanne aime son travail aujourd'hui et compte bien le poursuivre. Cependant, elle souhaiterait suivre plus de formations pour pouvoir poursuivre ce métier certes, mais évoluer dans la hiérarchie de l'Ehpad.

Afi Amecy travaille à l'Ehpad La Filandière à Evreux. Cela fait désormais 14 ans qu'elle exerce ce métier dont quelques années dans cette structure. Elle nous raconte initialement qu'elle n'a pas vraiment choisi ce métier mais qu'il est plutôt venu à elle comme une évidence. Agente de propreté pendant plusieurs années, elle n'a que très peu de temps à dédier à sa famille. Or, le décès brutal d'un proche lui fait réaliser à quel point elle aurait dû lui être proche. Elle décide donc de changer radicalement de vie, pour commencer à prendre soin des autres, n'ayant pas réussi à le faire pour ses propres proches. Si elle apprécie particulièrement son quotidien aujourd'hui, d'autant plus d'après la hausse de salaire qu'elle a observée à la suite de la revalorisation de son métier avec la Covid 19, elle sait ne pas vouloir exercer ce métier toute sa vie. Elle pense donc se reconverter, toujours dans le social, dans les années à venir.

Catherine Hamon a travaillé 18 ans dans un Ehpad classique. Si initialement elle avait choisi ce métier car ce domaine recrutait énormément, elle est bien contente de ce choix. Pour autant, au bout de 18 ans, elle est prise d'une envie de changement, mais surtout de venir en aide à toutes ces vieilles personnes, aux maladies cognitives, dont l'état se détériore à vue d'œil dans ses structures peu adaptées. Couloirs infinis, chambres identiques, trop de fois il lui est arrivé de voir des résidents perdus, effarés. C'est ainsi qu'avec l'aide de ses collègues a commencé le cheminement vers la création de l'accueil de jour : un lieu pouvant accueillir les patients diagnostiqués mais vivant encore chez eux, pour des ateliers thérapeutiques, notamment d'entraînement à la mémoire, mais aussi des ateliers culinaires, d'écriture, etc. Si le travail de soin n'est pas effacé dans cette structure, il n'est qu'une petite partie du quotidien de Catherine puisqu'elle est avant tout là pour créer du « lien social » contre l'isolement des personnes âgées. De plus, malgré certaines situations compliquées, elle affirme qu'elle ne changerait pas sa situation. Ravie de pouvoir partager un quotidien agréable grâce à ses collègues, plus jeunes, elle déclare même être « à l'aise dans ses baskets » .



---

Frédéric Liout, dont la formation initiale est celle d'aide-soignant aussi, travaille avec Catherine à l'accueil de jour pour personnes atteintes de maladies neurologiques diverses. Après avoir travaillé quelques années en Ehpad, il choisit de muter à l'accueil de jour où il travaille aujourd'hui avec Catherine. Ce quotidien plus apaisé lui permet de faire du soin certes, mais différemment, tout en continuant d'accompagner les personnes âgées.

Il nous semble important de signaler que nous avons eu la chance de rencontrer des professionnelles extraordinaires, résistantes et patientes. À leur manière, elles ont réussi à nous transmettre la passion qui les animait à travers ce métier. Si leur résilience leur fait honneur, nous savons pour autant que cette situation n'est pas nécessairement représentative de toutes les professionnelles de ce domaine. Beaucoup ne parviennent pas à se créer la même carapace. C'est donc pour ces raisons que nous ferons parfois appel à des sources et témoignages extérieurs pour illustrer d'autres aspects qui n'ont pas été mentionnés par les personnes interviewées, mais qui nous semblent tout de même importants d'aborder .

## Une journée type de l'aide-soignante : un quotidien bien rythmé

La première tâche à accomplir dès l'arrivée des aides-soignantes du matin est de lire les transmissions de la nuit passée. Cette étape permet de savoir avant toute autre chose s'il y a eu des incidents ou des anomalies dans les comportements de chacun des résidents. Cela permet de débiter la journée en étant au courant des états et des humeurs de chacun. Ensuite, la première étape qui concerne les résidents est le lever. Commencé généralement aux alentours de 7 heures, il peut se prolonger jusqu'à 10h30 pour les résidents moins matinaux. En effet, les aides-soignantes tentent, autant que possible, de maintenir les rythmes qu'avaient les résidents avant leur arrivée en Ehpad. Ce moment consiste en une préparation pour aller au petit-déjeuner (habillage et change notamment). Celui-ci est pris au réfectoire quand les conditions du résident le permettent, autrement, il peut être pris directement dans la chambre et parfois avant même de procéder à la toilette. Le lever est une étape délicate, où il est demandé aux aides-soignantes de lever les résidents les plus inaptes, tout en douceur pour leur assurer un réveil agréable mais aussi de soutenir les résidents autonomes pour éviter qu'ils fassent un mouvement brusque. Elles ne sont pour autant pas seules dans la réalisation de cette tâche puisque beaucoup de lits au sein de ces résidences possèdent un mécanisme permettant de relever l'alité plus facilement, sans gestes brusques.

Par la suite, les résidents sont accompagnés, ou non, au réfectoire où ils pourront prendre leur petit-déjeuner. À ce moment, les aides-soignantes tentent de se partager le travail pour donner à manger aux résidents non-autonomes. Par la suite, en attendant le déjeuner, a lieu une première toilette, au gant ou sous la douche, ainsi que les différents soins de chacun. Pendant ce moment, les aides-soignantes s'adaptent aux besoins mais aussi aux envies. Si elles sont conscientes du besoin de procéder à une toilette régulièrement pour le bien-être des résidents, elles ne souhaitent pas pour autant se mettre dans la posture de quelqu'un qui les obligerait, comme nous le verrons plus tard.

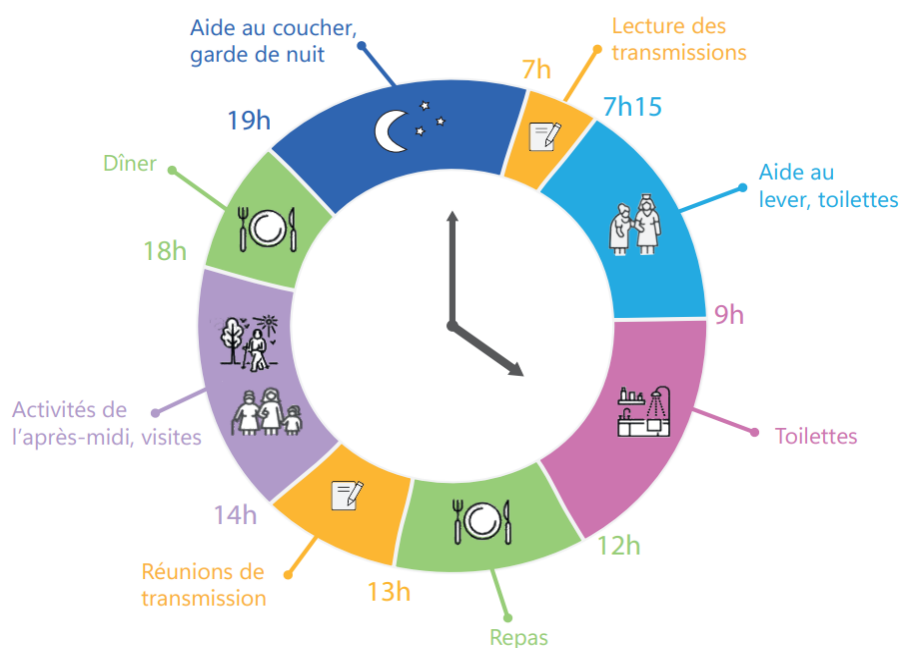
Après cette toilette, où chaque minute est plus que précieuse puisqu'il faut réussir à accompagner 7 à 8 résidents en deux heures, arrive le déjeuner aux alentours de midi. Pendant ce dernier, les aides-soignantes tentent de se partager les résidents non capables de se nourrir seuls. Ceux-ci sont servis par le personnel de cuisine, préparant des repas équilibrés, si possible adaptés aux goûts des résidents.

Après ce repas, deux voies sont possibles : la sieste pour ceux qui souhaitent se reposer et les activités pour les autres. Ces dernières sont le plus souvent menées par les aides-soignantes ou bien, quand le budget de l'Ehpad le permet, par des animateur.rice.s. En effet, comme nous l'a expliqué Afi, le quotidien des personnes âgées peut paraître très répétitif, parfois ennuyant et d'autres fois même déprimant. Ainsi, il est de leur « devoir » de les divertir autant que possible. Pour cela jeux, balades, sport et activités culturelles sont prévues pour leur faire passer du bon temps, pour qu'ils s'évadent du morne quotidien de la résidence. Mais il y a aussi d'autres types d'activités comme des services de manucure, coiffure, pour permettre aux résidents de continuer à prendre soin de leur aspect. C'est aussi durant ce créneau que se déroulent souvent les visites des familles, proches et amis, qui profitent de ce temps pour discuter, prendre des nouvelles de leurs proches et parfois même participer aux activités avec eux.

À la suite de ces activités à lieu le repas du soir, où, à nouveau, les aides-soignantes s'alternent pour donner le repas. Enfin, vient le coucher où chaque résident après avoir regagné sa chambre se prépare à

dormir, après une nouvelle toilette. C'est souvent à ce moment-là, ainsi que pendant les activités de l'après-midi que les aides-soignantes, parviennent davantage à discuter avec les résidents. Il s'agit aussi d'un moment délicat puisqu'il faut parfois parvenir, avec des gestes très techniques, à amener la personne à se coucher, en la portant, tout en évitant de se blesser soi-même. C'est à cette heure-ci, aux alentours de 20h00 que l'équipe de nuit prend la relève. Celle-ci est chargée de veiller sur chaque résident, s'assurer qu'ils ne manquent de rien et qu'ils sont dans des conditions adéquates pour pouvoir dormir. S'il s'agit de l'heure du coucher pour une grande majorité des résidents, certains souffrent d'insomnie et donc se lèvent et se baladent. Si cela est sûrement permis, les aides-soignantes se doivent de les suivre, de tenter de les ramener dans leur chambre à coucher pour qu'ils parviennent à dormir.

En parallèle des tâches purement liées aux résidents, les aides-soignantes ont aussi d'autres impératifs au cours de la journée, notamment à la fin quand elles passent le relais à l'équipe de nuit et inversement quand ces dernières laissent leur place à l'équipe du matin. De fait, elles se réunissent aussi entre elles, avec le médecin et les infirmières, pour réaliser les transmissions. Lors de ces réunions, elles retranscrivent les événements les plus importants qui se sont passés durant la matinée ou la journée. Cela va donc de l'humeur des patients, ce qu'ils ont mangé ou non, les éventuelles chutes : en somme, tout ce qui pourrait relever de l'anormal chez un résident. De cette façon, en retranscrivant la totalité de leurs agissements et la totalité des réactions des résidents, elles mettent au courant les autres aides-soignantes qui prennent le relai pour le reste de la journée, ou de la nuit. Elles peuvent aussi discuter avec les médecins présents pour mettre en place certaines actions si un résident ne va pas bien, s'il est mécontent, a refusé de faire sa toilette ou autre. Cette communication récurrente est fondamentale car elle permet d'avoir un suivi très clair du quotidien de tous les seniors, de les accompagner aux mieux et surtout de repérer dès qu'ils ne vont pas bien, moralement ou physiquement. Ces transmissions ont donc lieu à raison de deux fois par jour, lors du relais des différentes équipes du matin et du soir.



Une journée type en Ehpad

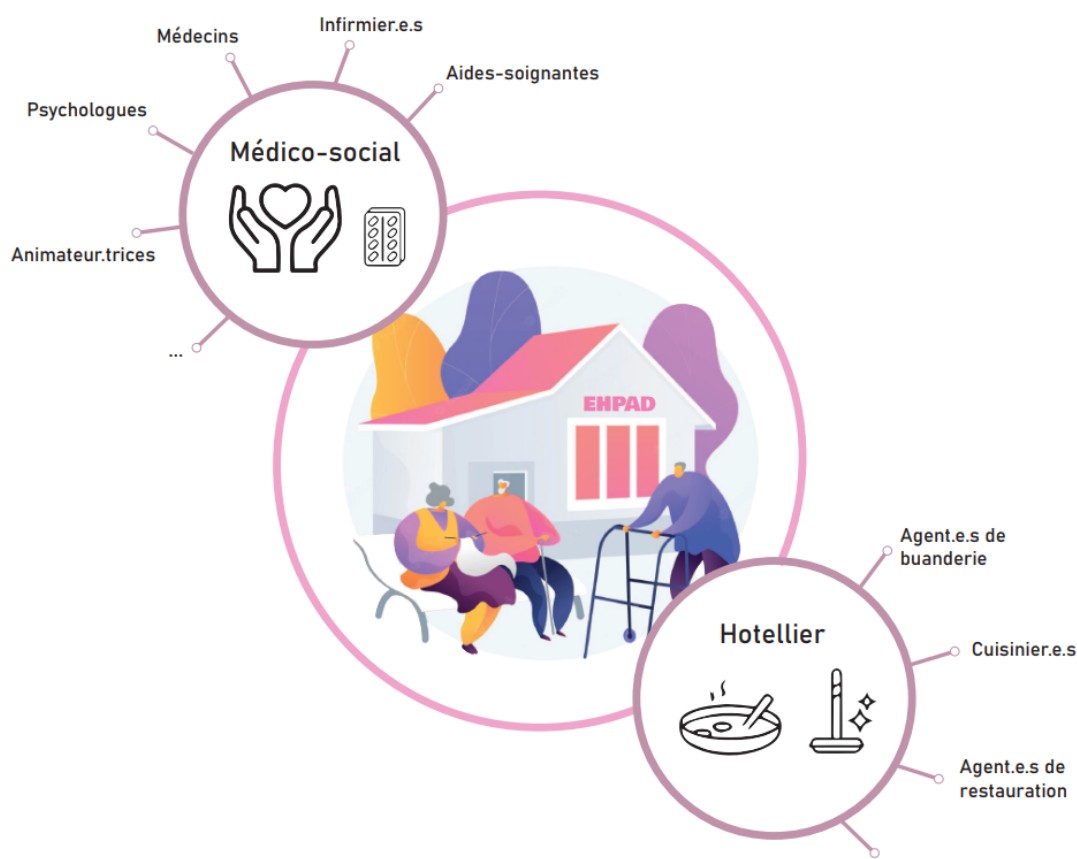
De ce fait, les journées en Ehpad suivent toutes un même planning. En effet, Jeanne nous expliquait que le fait d'avoir une routine répétitive ne la dérange pas. Au contraire, cela fait partie intégrante de son métier car ces horaires permettent d'offrir un accompagnement de qualité : les résidents ont besoin d'avoir des repères précis et une routine bien définie. De plus, si elles ne suivaient pas un planning précis elles ne pourraient s'occuper correctement d'autant de résidents. Il est donc primordial d'avoir une organisation, quasiment « à la chaîne » des différentes tâches : moins de temps est perdu dans l'organisation *last minute*, plus cela fait du temps à dédier aux résidents. La combinaison de ces deux nécessités fait donc des journées en Ehpad des journées rythmées, chargées, tout en se ressemblant peu, d'après les aides-soignantes que nous avons pu rencontrer.

En effet, selon elles, si les tâches concrètes sont les mêmes, l'interaction avec les résidents est tellement différente chaque jour que cela rend les journées en tout point différentes de la veille. C'est ici d'ailleurs que réside une tension importante de ce métier. Si la standardisation des tâches quotidiennes est poussée par les gérants de ces établissements, souhaitant parfaire leur service, le contenu de celles-ci s'y heurte. Le caractère individuel de chacun des résidents résiste en quelque sorte à cette standardisation puisqu'elle fait de chaque journée certes une journée rythmée par des plannings, mais dont le déroulement est imprévisible et unique.

En outre, les journées de travail des aides-soignantes sont plutôt longues : si Jeanne travaille en moyenne 11h par jour, de 8h45 à 20h45 avec une pause le midi, Afi elle, travaille en général de 6h45 à 13h45. Les horaires ne sont pas les mêmes mais une chose est sûre : les journées sont rudes et suivre pas à pas les résidents n'est pas une moindre tâche, d'autant plus quand il n'y a qu'en moyenne qu'une seule aide-soignante pour 8 résidents.

## L'organisation de l'Ehpad : deux services bien distincts

Pour permettre de fournir aux résidents le meilleur des services, l'Ehpad suit une organisation très précise. Celui-ci est d'ailleurs réputé pour avoir une hiérarchisation bien définie pour attribuer à chaque service une tâche particulière. De ce fait, l'établissement est divisé en deux groupes majeurs : le groupe chargé du médico-social et le groupe chargé de l'aide hôtelière. En parallèle il y a le service administratif qui n'intervient souvent pas directement auprès des résidents si ce n'est auprès de leurs familles. Celui-ci prend en charge les discordes avec les familles par exemple, mais il gère avant tout le côté administratif et financier de l'établissement. Il est aussi responsable de la supervision des autres professionnels de la structure. Enfin, il peut laisser, comme nous l'avons vu au travers de nos différentes rencontres, laisser plus ou moins d'autonomie au personnel, et donc notamment aux aides-soignantes.



Les deux principaux services de l'Ehpad

Le premier service médico-social, lié au soin des résidents, comprend tous les professionnels du soin à savoir les médecins, les aides-soignantes, les infirmières, le psychologue, l'ergothérapeute, le psychomotricien, le kinésithérapeute, l'orthophoniste et les animateurs. Malgré le fait que seuls les médecins, infirmiers et psychologues peuvent administrer des médicaments aux résidents, les autres professionnels, tels que les aides-soignantes, ont eux aussi une importance capitale pour le bien-être des résidents. En effet, si de nombreux seniors sont atteints de diverses pathologies et doivent donc recevoir des soins médicaux quotidiens, l'accompagnement ne se réduit pas à ce volet clinique : l'Ehpad propose aussi un cadre de vie aux

résidents. Pour offrir ce service, l'Ehpad compte aussi sur un personnel hôtelier qui s'occupe majoritairement de la réalisation et répartition des repas (petit déjeuner, repas, goûter, dîner) et des tâches de ménage, de blanchissage, etc. Si les aides-soignantes s'occupent de la toilette des personnes âgées, elles ne sont donc pas responsables « théoriquement » de la propreté des lieux de vie. Théoriquement, parce que d'après Jeanne par exemple, si elles voient des objets qui traînent par terre ou si elles utilisent du matériel, c'est aussi elles qui s'en chargent, elles ne vont pas courir le risque qu'un résident glisse dessus et préfère donc évidemment le ramasser elles-mêmes. Ainsi, même si les ASH ont une relation moins proche avec les résidents, ils contribuent tout de même à leur bien-être en Ehpad. Ce personnel permet d'ailleurs de décharger les aides-soignantes de certaines tâches pratiques, afin qu'elles puissent consacrer ce temps à l'accompagnement social des résidents.

Cette double architecture renvoie à l'histoire de ces établissements. Avant les années 2000, alors que les Ehpad n'avaient pas encore vu le jour, n'existaient que des hospices à vocation résidentielle et sociale, et des institutions médicalisées de long séjour. Les Ehpad naissent justement de la fusion de ces deux types de services. Les maisons de retraite — futures Ehpad — connaissent une grande vague de médicalisation dans les années 2000, notamment suite à la loi 2002-2 rénovant l'action médico-sociale. La genèse de ce nouveau système s'est fait sentir par les travailleurs du secteur : Catherine nous racontait par exemple comment elle avait vécu la transformation de l'établissement dans lequel elle travaillait à cette époque-là.

Finalement, même si cette origine historique peut sembler un peu anecdotique, elle est loin d'être banale : l'Ehpad témoigne clairement d'une double exigence, d'un univers dédoublé. Entre domestique et clinique, L'Ehpad est à la fois lieu de vie et centre hospitalier. Ces deux univers semblent pourtant contradictoires : le premier renvoie à la chaleur du foyer, tandis que le deuxième évoque la froideur de la maladie et de l'isolement.

L'Ehpad est à la fois :



Cette contradiction est donc inhérente à la nature même de l'Ehpad, au même titre que la tension entre industriel versus humain. Nous le verrons par la suite, ces tensions sont d'une importance capitale dans le métier d'aide-soignante.

## L'Ehpad : témoin d'un nouveau rapport à la vieillesse

### Introduction historique

Depuis quand nos aînés sont-ils cloîtrés en Ehpad ? Si aux siècles derniers la grande majorité des parents vieillissants logeaient chez leurs enfants, qui prenaient soin d'eux, désormais les familles font de plus en plus appel à ces établissements spécialisés. Mais, quand et pour quelles raisons s'est effectuée cette transition ? Comment sommes-nous passés d'une gestion familiale de la vieillesse à une institutionnalisation de cet âge ?

En effet, il est aujourd'hui facile de constater que la tendance est celle de ne plus vivre entre générations, mais plutôt de déléguer la gestion des membres de la famille les plus anciens à des entités spécialisées. Si certains pays méridionaux conservent cette tradition — en Italie par exemple beaucoup de parents reviennent, à un âge avancé, vivre avec leurs enfants — cela n'est quasiment plus le cas de la France, où la vie en maison de retraite des personnes âgées semble généralisée. Cet abandon d'une partie de la gestion de la gériatrie par les membres de la famille est la résultante d'une construction sociale de la vieillesse.

Tout d'abord, il est indéniable que la vieillesse en tant que telle n'est pas un âge particulièrement attrayant pour nos sociétés. De fait, elle ne semble pas bénéficier d'une image positive, excepté peut-être celle de la douceur des grands-parents. En effet, sans retracer toutes les images de la vieillesse qui ont pu exister au cours des siècles, il est certain que le vieux d'aujourd'hui est le fruit des multiples images passées : de celle du sage grec, du pieux au Moyen Âge, à celle du mendiant envoyé à l'hospice, à celle du grand-parent ou encore celle du vieux sénile en maison de retraite. Toutes ces images se recoupent et se contredisent. Glorifient l'âge et le punissent en même temps. Mais, globalement, elles font toutes du vieil homme un être peu attrayant, dont les caractéristiques physiques sont peu louées, malgré une certaine expérience de la vie. De fait, la vieillesse est rarement un âge apprécié, ni par ceux qui la vivent, ni par l'entourage. Elle est aujourd'hui trop souvent considérée comme un « naufrage<sup>4</sup> ».

Cette dépréciation de la vieillesse est telle qu'elle a amené notre société à considérer la vieillesse comme un véritable problème, renvoyant une image de dégradation et de négligence. Il semble ainsi naturel, pendant cette même période, d'éloigner cette population de ce qu'est la vie active. Et cette action doit être menée collectivement, socialement : si les Français singulièrement aiment leurs vieux, la France elle ne semble pas les aimer. De plus, au-delà de nuire à l'image du pays, cette catégorie d'âge ne participe d'aucune façon à la productivité, elle est inutile à toute démarche marchande. Ainsi, non seulement il est nécessaire de les isoler, mais d'en faire une ressource. Il semble intéressant de créer un marché à leur effigie : le marché pour les seniors. Le capitalisme renforce lui aussi l'idée qu'ils doivent se séparer du foyer pour pouvoir profiter pleinement des activités qui s'offrent à eux.

De ce fait, cette idée de fonder un marché spécialement conçu pour eux renforce le monopole radical de la médecine sur tout ce qui touche à la santé des individus. Ce domaine se focalise alors sur la création d'une offre de soin plus adaptée à leurs besoins, plus complète par rapport au service que peut

---

<sup>4</sup>Charles de Gaulle, «Mémoires de guerre», 1954.

rendre la famille. Une confiance aveugle est alors donnée à toutes les entités médicales et comme conséquence il n'est aujourd'hui accordé que très peu de place pour l'expérience des familles face à l'expertise de la médecine qui prime.

En parallèle à la construction de cette image négative de la vieillesse, s'instaure une crainte, une peur irrationnelle de cet âge. Les jeunes ont l'impression de passer 20 ans à grandir et le reste de leur vie à vieillir. De fait, si l'on accepte le vieillissement comme l'acquisition d'un degré d'expérience, l'idée notamment, que notre corps vieillisse, se flétrisse et se fatigue est beaucoup moins intégrée. Dans une société où l'apparence physique prime bien souvent sur le reste, il est inévitable de tenter de fuir cette étape de la vie. Cette peur égoïste, comme la décrit Freud, n'est pas tant la peur de voir des êtres chers décéder mais plutôt une peur de faire face à ce qui nous attend tous. Il explique particulièrement que l'individu, « en tentant de [les] protéger des atteintes du temps, [...] se protégerait lui-même de la représentation du vieillissement<sup>5</sup> ». Par conséquent, tenter de s'en éloigner semble pouvoir permettre de retarder cette vision rien que quelques instants ou du moins ne pas y faire face en permanence.

Enfin, le XX<sup>e</sup> siècle a donné libre cours à de nouvelles formes de famille. De fait, une certaine évolution de la structure familiale s'observe depuis plusieurs décennies maintenant : on tend à considérer de plus en plus la famille comme le noyau formé par le couple et les jeunes enfants. La forme traditionnelle où le patriarcat dirige toute la descendance disparaît peu à peu pour laisser place à cette nouvelle forme familiale réduite. Et, par conséquent, les anciens ne semblent pas avoir leur place au sein de ce cocon, et ils sont émarginés du domicile. Chaque couple constitue un foyer indépendant, et lorsqu'il y a une perte d'autonomie on ne fusionne pas ces noyaux mais on les distingue encore plus par un placement en maison de retraite récurrent.

La combinaison de tous ces facteurs semble ne proposer qu'une seule solution viable : l'Ehpad. De par cette crainte insoutenable pour les plus jeunes de devoir vieillir et une promotion exacerbée de la médecine comme seule détentrice du pouvoir salvateur, les membres des familles censés prendre en charge leurs aînés ne se sentent plus capables d'exécuter cette tâche. Tout leur indique que ces établissements les feront mieux qu'eux, les déchargeront d'un certain poids. Ainsi, il leur paraît plus convenable, pour ces multiples raisons, de faire appel à des structures spécialisées, plus aptes qu'eux à prendre en charge leurs vieux. L'abandon est acté et la maison de retraite prend le dessus sur le rôle de la famille.

Cela modifie donc nécessairement ces rapports familiaux, mais comment ?

### **Quelle relation entre l'institution et les familles ?**

Ainsi, le placement en maison de retraite médicalisée des personnes âgées semble inévitable. Les familles se décomposent pour déléguer cette prise en charge à des entités extérieures en contrepartie d'une rémunération assez conséquente : le prix moyen d'une place en Ehpad est de 2004 euros par mois en 2019<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Catherina Caleca, « Les familles à l'épreuve du grand âge : les enjeux de l'accueil en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes », in : Dialogue, n°206, 2014, p. 27.

<sup>6</sup> CNSA, « Les prix des Ehpad s'établissent à 2004 euros en 2019 », avril 2021.



Cependant, il nous semble important de signaler que si cette décision symbolise souvent une décharge et un soulagement pour de nombreux membres de la famille contraints de s'occuper de leurs parents dans leur quotidien chargé, cela ne rime pas pour autant avec un abandon des proches. En effet, comme l'explique Isabelle Mallon<sup>7</sup>, seulement 10% des résidents souffriraient d'isolement familial, ne recevant aucune visite. Autrement dit, on constate donc une « persistance des liens familiaux, malgré les multiples transformations actuelles liées aux évolutions des formes de nuptialité voire de parentalité<sup>8</sup> ». Cela signifie donc que les familles restent très proches de leurs parents malgré ce détachement important. Cela n'empêche qu'une forme d'isolement social puisse être ressentie de la part des résidents. En effet, comme nous l'explique Jeanne, les résidents peuvent être souvent cloîtrés au sein de la résidence, peu ou pas capables de sortir, de prendre l'air, de réaliser des activités en dehors de l'établissement. C'est pour cela que les aides-soignantes s'efforcent de recréer un certain mode de vie agréable, avec certaines des activités du quotidien comme la peinture, la musique, le coiffeur, etc.

Cependant, force est de constater que les rapports entre résidents et familles ont changé. De fait, une distance est imposée par cette gestion 24/24 h du personnel de l'Ehpad. Les proches ne vivent plus au quotidien avec eux. Ils ne peuvent que, s'ils le souhaitent, faire des visites quotidiennes à des horaires précis. Ainsi, la rencontre est en quelque sorte planifiée, encadrée par l'établissement et son organisation minutieuse. Cela renforce donc la séparation, et rappelle aux résidents comme aux familles qu'ils ont quitté la sphère du domicile. Ainsi, l'institution doit donc redoubler d'effort pour créer un lieu attrayant et confortable, dans lequel ils se sentent à l'aise pour vivre et pour recevoir leurs proches. Ils autorisent donc les résidents, à titre illustratif, à faire de leur chambre leur cocon : décorations, photos de famille, etc. Ces démarches permettent non seulement aux résidents de faire de ce lieu de fin de vie un lieu plaisant mais aussi de faire comprendre aux résidents que le personnel est à leur entière disposition pour améliorer leur séjour.

Pour autant, ce qui est souvent revenu lors des entretiens, c'est que ce qui paraît plus compliqué ce n'est pas tant le maintien du lien familial, sinon plutôt la gestion de la relation entre l'institution et les familles. Si ces dernières délèguent consciemment une grande partie de la prise en charge de leurs proches à l'institution, ils cherchent parfois à se faire entendre auprès du corps de l'Ehpad — notamment auprès des aides-soignantes — qui s'occupent de leurs proches au quotidien.

En effet, comme nous l'a raconté Afi, les familles ne se rendent parfois pas compte du degré de dépendance de leurs parents. De fait, comme nous l'a raconté Catherine, ce qui est très compliqué avec les familles c'est les amener à faire leur « deuil blanc ». Par cette expression, Catherine décrit le deuil de la personnalité d'avant l'entrée en Ehpad. Elle nous a cité l'exemple d'une résidente qui avait toujours été peu affective avec ses enfants, mais qui, souffrant la maladie d'Alzheimer, était devenue la plus douce des mamans. Ce type de changement n'est souvent pas bien vécu par les familles, déstabilisées. Cela peut parfois créer des situations problématiques, où les familles signalent l'Ehpad — ou même les aides-soignantes — comme étant responsables de ces évolutions de la personnalité des résidents.

---

<sup>7</sup> Isabelle Mallon, « Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux », in : *Espaces et sociétés*, n°120-121, 2005, p. 164.

<sup>8</sup> Caleca, *op. cit.*, p. 29.

Ainsi, les aides-soignantes travaillent non seulement pour les résidents de leur établissement, mais aussi pour leurs familles, qu'elles tentent d'accompagner. Nos quatre interviewés ont insisté sur l'importance d'une bonne relation avec celles-ci. Ils sont en effet conscients de la difficulté que ce choix peut représenter pour certains, attachés à leur proches et pouvant se sentir coupables de leur décision. Elles essaient donc de maintenir une communication régulière avec les familles de chaque individu : elles tentent de les tenir au courant de tout ce qui a pu se passer en leur absence. Elles sont donc l'une des professionnelles les plus proches des familles (et des résidents !) Les aides-soignantes tentent donc de gagner leur confiance, parfois difficilement, en collaboration avec les psychologues de la structure.

Néanmoins, si les aides-soignantes tentent de parfaire ce service, la relation avec les familles n'est pas toujours facile. Ces dernières, placées dans la situation de client du service proposé par l'Ehpad, peuvent parfois rabattre un jugement sur le travail des aides-soignantes. Bien que la généralité semble être que les familles reconnaissent le bel exercice du métier, cette évaluation n'est pas simple à recevoir pour ces professionnelles. En effet, Jeanne nous racontait que les familles sont souvent très gentilles à leur égard, mais pour autant elles ne semblent pas exprimer directement une forme de reconnaissance envers le personnel. Cela peut parfois peser sur les aides-soignantes, qui ressentent que leur travail n'est pas assez reconnu, que leur effort est peu valorisé.

De fait, ce manque de reconnaissance peut avoir comme origine une multitude de facteurs. Tout d'abord, il semblerait que ce défaut de gratitude puisse être dû à un fort sentiment de honte éprouvé par les familles des résidents. En effet, le placement de ses proches en Ehpad est certes devenu une généralité pour de nombreuses familles, mais cela n'empêche pas que ce choix soit difficile à assumer. Les interactions entre personnel et familles sont peu nombreuses, leur relation est plutôt froide, ce qui peut expliquer l'absence de remerciements. En outre, l'invisibilisation du réel du métier d'aide-soignante joue aussi un rôle primordial dans ce manque de reconnaissance. Comme nous l'avons pu expliquer, souvent le métier d'aide-soignante est méconnu et associé à des tâches purement hygiéniques comme le changement des couches ou la réalisation des toilettes. Les familles, ne se rendant pas compte du côté social qui se cache derrière ce métier, de toute la patience et affect dont les aides-soignantes font preuve envers leurs proches. Les familles, ignorant leur travail réel, ne se sentent pas redevables. Enfin, une troisième explication pourrait provenir du fait que la prise en charge des aînés est un service, une prestation, qui a un coût assez important. Les familles sont les clientes de l'Ehpad : il est donc pour elles légitime de ne pas nécessairement remercier les aides-soignantes puisqu'il s'agit de « leur travail » et qu'elles sont « payées pour cela ». Cette vision plus froide de l'accompagnement des aides-soignantes n'est pas une généralité mais elle existe quand même, notamment à cause d'une méconnaissance de ce métier.

Si cette liste n'est pas exhaustive elle donne tout de même à voir un large panel de causes expliquant le manque de reconnaissance qui caractérise ce secteur et qui est une source de souffrance pour beaucoup d'aides-soignantes.

Cela étant dit, il est aussi courant d'observer des familles très reconnaissantes mais qui, par habitude, ne prennent plus nécessairement le temps de l'exprimer directement. Pensant que cela est acquis, elle ne réitérent pas nécessairement les remerciements.

Mis à part cette absence de gratitude qui n'est pas toujours bien vécue par les aides-soignantes, il peut même arriver qu'il y ait des conflits entre ces deux parties. C'est notamment Afi qui nous a fait part d'une anecdote très intéressante, qu'elle a commencé par « vous savez, l'amour n'a pas d'âge ». Si initialement cela nous semblait assez éloigné de la question des familles et l'Ehpad, l'exemple apporté par cette aide-soignante nous a permis d'en apprendre plus sur ce sujet. En effet, elle nous a raconté que deux résidents vivant dans l'Ehpad où elle travaille étaient tombés éperdument amoureux. Dans un contexte qu'Afi décrit comme « déprimant », l'amour permet à beaucoup de résidents qui sombrent dans la dépression de retrouver le bonheur. Les aides-soignantes remarquent que ces rencontres améliorent radicalement le bien-être des résidents.

Malheureusement, cette situation ne plaît souvent pas aux familles. Afi nous racontait comment un membre de la famille s'était attaquée à elle lorsqu'elle avait trouvé des sous-vêtements de l'amante dans la chambre de son père. Dans ces cas-là, les aides-soignantes essaient de discuter avec les familles : si la relation est réciproque et que cela ne nuit pas à la santé ni à la sécurité des résidents, elles ne peuvent pas s'y opposer. Finalement, les résidents sont libres, ils sont « grands » ! Expliquer cela aux familles n'est pas toujours évident : la compréhension que celles-ci ont du métier d'aide-soignante est limitée.

Cette mise en contexte du métier d'aide-soignante nous a permis d'arriver à un constat : les enjeux de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes sont souvent méconnus. Cela peut engendrer certains conflits, nous l'avons vu, et à terme cela peut aussi fragiliser le métier de ces professionnelles. Dans la deuxième partie de ce mémoire nous tenterons donc de comprendre le réel du métier d'aide-soignante : que veut dire, en réalité, accompagner ? Quels sont les obstacles auxquels ces professionnelles font face aujourd'hui, dans le contexte de pénurie de personnel soignant ?

## Qu'est-ce que l'accompagnement des résidents en Ehpad ?

Le verbe *accompagner* revient systématiquement dans la description du métier d'aide-soignante. Pour pouvoir comprendre ce que veut dire être aide-soignante, il faut déjà saisir ce que veut dire d'accompagner les personnes âgées dépendantes.

Le travail de l'aide-soignante est d'aider les résidents dans la réalisation des tâches qu'ils ne sont pas capables de faire par eux-mêmes : se lever du lit, se laver ou encore manger. Cet accompagnement quotidien est au cœur du service proposé par l'Ehpad. Les résidents sont souvent dépendants sur le plan physique (mobilité réduite, perte de capacités motrices) comme psychique (fonctions mentales altérées, troubles cognitifs). Bien évidemment, chaque résident a un degré de dépendance différent, qui varie dans le temps.

### L'accompagnement : une adaptation aux facultés des résidents

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le métier d'aide-soignante ne consiste pas à faire toutes les tâches pour le résident mais bien de les aider dans leur réalisation. Ces professionnelles doivent s'adapter au degré d'autonomie de chaque résident. Cela déjà pour éviter que leur état de santé et leurs capacités se dégradent. Mais aussi pour leur permettre de subvenir à leurs propres besoins s'ils en sont capables, cela étant une grande source d'individuation. Comme nous le disait très justement Catherine lors de l'entretien, parfois les personnes dépendantes sont capables de faire beaucoup plus que ce que l'on imagine. Il ne faut surtout pas les infantiliser : « ce sont des personnes dépendantes, pas incapables ». Ainsi, le métier de l'aide-soignante est régi par un enjeu fort — celui de prendre soin du résident et de son autonomie —, qu'elles s'efforcent de respecter en fournissant un accompagnement qui permet au résident de participer à la réalisation de certaines tâches s'il en a les capacités.

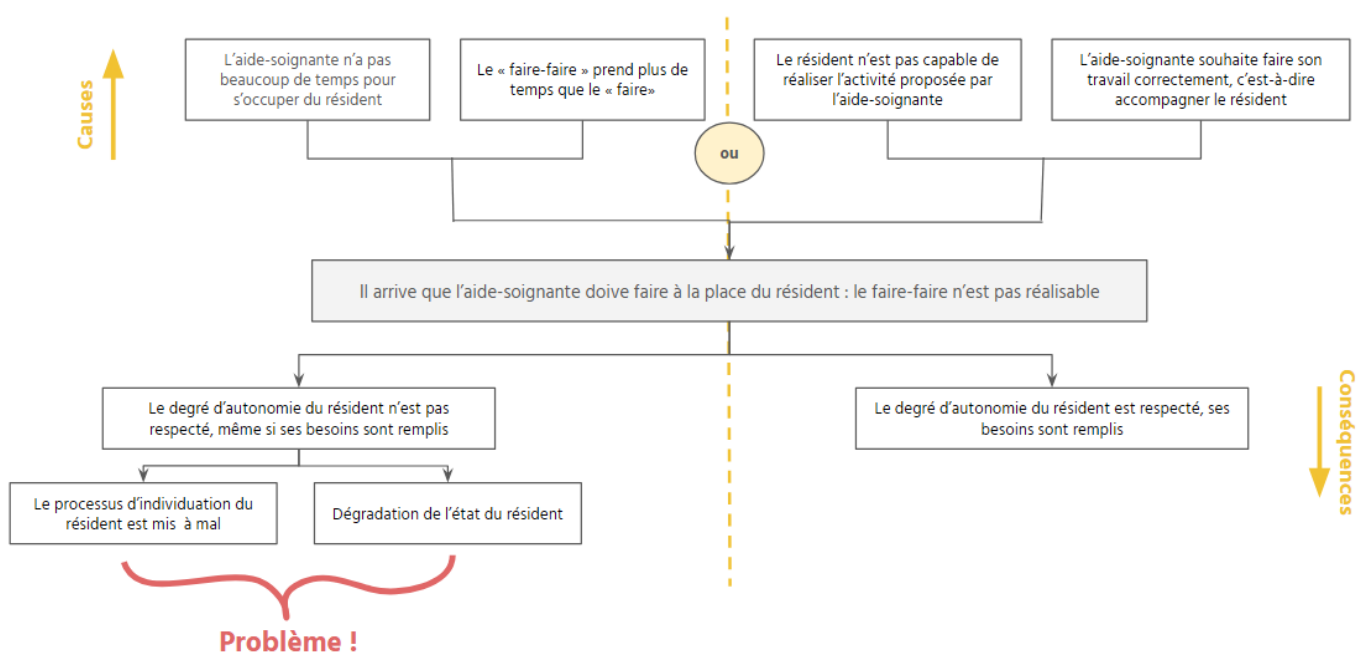
Ainsi, l'accompagnement est gouverné par une tension inhérente au métier d'aide-soignante, que l'on peut formaliser comme suit :



Accompagner, c'est donc gérer la tension entre le faire et le faire-faire. Pour respecter cette tension et adapter son accompagnement aux besoins et aux capacités des résidents, il faut déjà apprendre à les identifier. Les aides-soignantes, par leur connaissance fine des résidents, sont conscientes de leur degré de dépendance : pas besoin de regarder les projets personnalisés ni les fiches médicales. Elles savent ce que les résidents sont en capacité de faire ou pas, quels sont les points où ils auront besoin d'aide, quelles sont les activités où elles peuvent les faire participer, etc. Durant notre entretien avec Jeanne, celle-ci expliquait par exemple que certains résidents pouvaient effectuer une partie de leur toilette par eux-mêmes, et qu'elle leur laissait toujours le faire. Comme d'autres aides-soignantes, elle doit cependant les encourager, leur « faire-faire » : ces personnes, souvent n'ayant pas d'autonomie mentale, oublient qu'elles sont capables de réaliser certains

gestes. Cet encouragement nous semble d'une beauté remarquable : c'est comme si l'aide-soignante donnait ce premier élan nécessaire pour que le petit oiseau puisse prendre son envol.

En identifiant cette tension, nous sommes capables de déterminer une possible dérive, une mise à mal du métier d'aide-soignante. Le faire a deux explications possibles, et deux conséquences bien différentes. Le schéma suivant permet de comprendre que quelques fois, l'aide-soignante prend en charge certaines tâches que le résident n'est pas capable de faire par lui-même, tout en respectant le degré d'autonomie du résident (côté droit). Cependant, il y a un autre scénario bien différent (celui de gauche) : quand le temps presse, il est plus facile de faire que de faire-faire, parce que ce dernier est bien plus chronophage. Cela résulte en une dégradation de la qualité de l'accompagnement : l'autonomie du résident n'est pas respectée, et son processus d'individuation est mis à mal. Ce cas de figure est aussi aliénant pour l'aide-soignante, qui est consciente de ne pas exercer correctement son travail.



*Le « faire » : deux explications possibles, et deux conséquences bien différentes*

Pour autant, l'accompagnement de l'aide-soignante ne dépend pas uniquement des facultés du résident. À travers nos entretiens nous avons pu comprendre qu'il est plus souvent question de s'adapter à l'humeur des résidents. Et, que cette question est souvent plus difficile...

### L'accompagnement : une adaptation à l'état d'esprit du résident

L'aide-soignante doit parvenir à comprendre l'état d'esprit des résidents à chaque instant. Parce qu'il peut y avoir un besoin absolu « le résident doit se doucher aujourd'hui puisqu'il ne l'a pas fait hier », mais en Ehpad, ce besoin doit être confronté au réel de chaque résident : « certes le résident aurait besoin de se doucher, mais est-il réceptif ? Semble-t-il à l'aise avec ma proposition de prendre une douche ? »

Émerge alors l'interrogation suivante : comment ces professionnelles parviennent-ils à comprendre quel est l'état d'esprit des résidents ? Derrière cette question se cache l'un des éléments constituant la beauté

de ce métier. L'aide-soignante est constamment confrontée à des personnes ayant des troubles du comportement et une humeur changeante parfois difficile à gérer. Elles se retrouvent souvent face à des résidents violents et méfiants, qui n'acceptent pas toujours au premier coup de recevoir leur aide. Hormis les cas les plus évidents où le résident semble clairement en désaccord avec ce que l'aide-soignante propose (il s'énerve, il crie), il y a plein d'autres cas de figure où l'aide-soignante doit déployer un véritable savoir-faire pour déceler ce qui se cache dans la tête du résident. Ce sont les petites grimaces et les petits gestes qui lui permettent de comprendre comment se sent le résident.

Une fois qu'elle a cerné l'état d'esprit du résident, l'aide-soignante doit encore décider si cet état psychologique est adapté au soin ou à l'activité qu'elle souhaite réaliser : « le résident semble un peu réceptif... Mais, est-ce qu'il l'est suffisamment — par exemple — pour que je l'accompagne faire sa douche ? » C'est justement dans la détermination de ce « suffisamment » que réside l'un des savoir-faire principaux de ces professionnelles.

À ce point, l'aide-soignante peut être confrontée à deux cas de figure. Le premier correspond au cas où le résident semble suffisamment à l'aise avec la proposition de l'aide-soignante : cette dernière a donc le feu vert pour entreprendre l'accompagnement à la tâche et elle peut, à tout instant, s'arrêter si le résident changeait d'avis. Le second correspond au cas où l'aide-soignante considère que le résident est réticent (ou plutôt *encore* réticent). L'aide-soignante essaye alors de motiver et de convaincre le résident, en déployant ses savoir-faire communicatifs : « allez, on va aller marcher un peu dehors, il fait beau, regardez ! Et après, on pourra prendre le goûter. » Mais, que faire si ses tentatives n'aboutissent pas ?

### **Basculer du côté du *faire*, tomber dans l'obligation ?**

Si les stratégies communicatives que met en place l'aide-soignante ne donnent aucun résultat, et que le résident semble toujours s'opposer à ses propositions, elle devra abandonner : elle laisse le résident pour y revenir plus tard, ou elle envoie une collègue qui pourra peut-être le convaincre. En aucun cas l'aide-soignante ne force l'accompagnement si elle perçoit que le résident est réticent, parce qu'en faisant cela elle s'expose à un risque d'agression. Au-delà de cette question, les aides-soignantes comprennent l'accompagnement comme équilibre de la tension que nous avons énoncée ci-dessus. Obliger le résident serait synonyme d'une perte de sens au travail et d'un non-respect du résident.

### **Tomber dans le *faire* : est-ce réellement possible lorsque l'on accompagne des êtres humains ?**

L'exercice du métier ne peut se faire si l'on ne respecte pas ces deux exigences. Elles sont le socle même de l'aide apportée par ces professionnelles : c'est un accompagnement, qui — comme son nom l'indique — ne peut se faire sans l'accord de la personne qui le reçoit. En quelque sorte, c'est ce qui caractérise les services : quand on a affaire à des êtres humains, on ne peut simplement pas faire sans eux. En quelque sorte, il y a toujours une part de faire-faire dans le métier d'aide-soignante, dans la mesure où le soin est apporté à un individu. Cela se traduit concrètement par le fait que le résident doit montrer un minimum de « volonté » pour la tâche à réaliser. Si la question de la volonté chez les personnes âgées est compliquée,

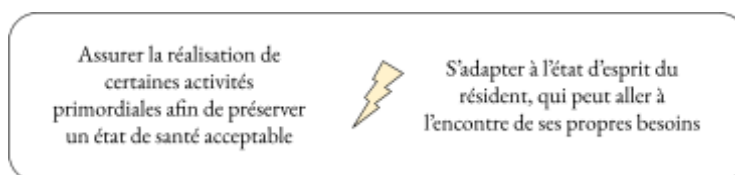
on peut dire plutôt que le résident doit *a minima* faire preuve de tranquillité pour que l'aide-soignante puisse proposer son accompagnement.

Chez l'aide-soignante, parvenir à trouver l'équilibre entre le faire et le faire-faire est particulièrement important pour trouver un sens dans le métier. Comme nous le racontait Jeanne, sentir que le résident donne son accord permet de ne pas tomber dans la coercition. L'aide-soignante ne souhaite pas *faire* sans le résident, elle ne veut pas l'obliger à faire non plus. La beauté du geste de ce métier réside justement dans l'équilibre entre le faire et le faire-faire, dans l'accompagnement qui permet au résident de trouver des moyens de faire par soi-même et à être aidé lorsqu'il est en difficulté.

### Quand la recherche de l'équilibre se heurte à une limite : le refus systématique du résident

Cependant, en Ehpad il peut y avoir un moment où il n'est plus possible de trouver l'équilibre dans l'accompagnement. Concrètement, si certaines activités sont systématiquement refusées par le résident, et que cela nuit à sa santé et son bien-être, l'aide-soignante doit trouver une autre voie d'accompagnement. Jeanne et Afi ont pu nous faire part de l'exemple de certains résidents, qui peuvent s'opposer à la douche pendant deux semaines. Comment faire dans ces cas-là ?

L'aide-soignante ne peut pas tout accepter, et laisser le résident se négliger lui-même. Le respect de la volonté du résident se heurte alors à une limite, qui est celle de la préservation d'un état de santé acceptable. Nous arrivons ainsi à une deuxième tension, qui découle en réalité de l'antérieure :



Lorsque le refus est systématique et que l'aide-soignante ne parvient pas à respecter ces deux exigences, l'état d'esprit du résident passe au second plan. Si l'Ehpad est encadré par une réglementation qui l'oblige à fournir un certain service aux résidents, les aides-soignantes sont les premières défenseuses de la préservation d'un état de santé et d'hygiène adéquat. Même si cela va à l'encontre de la volonté du résident, il faut trouver une solution pour parvenir à réaliser certaines activités ou soins du quotidien qui sont essentiels.

Les aides-soignantes ont pu nous partager la manière dont elles procèdent dans ces cas-ci. Normalement, avec d'autres professionnels de l'Ehpad (psychologues, infirmier.e.s) et avec la famille du résident, ils cherchent à comprendre les raisons qui pourraient expliquer le refus de ladite activité. Ils essayent de créer un plan d'action, qui consiste parfois en un passage à la force. Les aides-soignantes se retrouvent alors contraintes d'abandonner la méthode classique, et de basculer totalement dans le faire. C'est là que la santé et le bien-être du résident priment : il faut garder en tête — comme nous l'expliquent les interviewées — que les résidents, souvent souffrant de troubles cognitifs, ne sont pas en mesure de faire de « bons » choix de manière autonome. Le service de l'Ehpad, et les aides-soignantes en particulier, sont dans une position de garants de l'intégrité physique et mentale des résidents.

Ce passage à la force n'est pas toujours toléré par les familles, expliquait Afi. Celle-ci rapprochait cela de la difficulté qu'éprouvent les familles à l'heure d'accepter que leur proche, souffrant de troubles cognitifs,

ne peut pas prendre de décisions par lui-même. N'étant pas toujours présentes pour se rendre compte du niveau de dépendance de leurs proches, il peut être difficile de leur faire comprendre les difficultés auxquelles sont confrontées les aides-soignantes.

Malheureusement, certains oublient cela. La méconnaissance du métier d'aide-soignante peut mener à des situations surréalistes : on pourrait citer l'expérience de Jeanne, à qui une famille a reproché de ne pas obliger le résident à prendre une douche. Jeanne nous racontait comment, en étant interceptée par cette personne enragée, elle a été bousculée. Elle a dû expliquer que son métier ce n'était pas de forcer les résidents mais de leur expliquer pourquoi ils devaient aller se doucher, de les accompagner ; et qu'elle ne pouvait pas faire ça si ces derniers n'étaient pas d'accord. Cet exemple en dit long sur l'image erronée que l'on peut avoir sur les métiers du soin en Ehpad : comment est-ce que ces professionnelles sont censées accompagner les résidents ? En les attachant à une chaise pour pouvoir les laver s'ils se résistent ?

Grâce à son expérience en accueil de jour, Catherine nous disait avoir pu comprendre « ce qui est vraiment important » : qu'importe que les personnes âgées ne soient pas bien coiffées, bien habillées ou même bien lavées ? Alors qu'en Ehpad certaines familles semblent exiger que la structure et même les aides-soignantes aient une hygiène scrupuleuse envers les résidents, la réalité est bien plus difficile que ça. Un peu comme Catherine, nous pouvons affirmer que la douche journalière est bien moins importante qu'un accompagnement respectueux des personnes âgées dépendantes qui peuvent ne pas vouloir se doucher tous les matins.

Tout cela nous invite à repenser l'image que l'on a de la prise en charge de la vieillesse : que considère-t-on comme essentiel pour ces personnes, fragiles et isolées ? Est-ce qu'on ne réduit pas leurs besoins à une simple liste de tâches, au lieu de prôner un accompagnement davantage social et humain ?

En effet, l'Ehpad est un service normalisé, qui se donne des objectifs quantifiables et facilement contrôlables. Comment concilier donc normalisation et service pour l'humain ?



## Accompagner l'humain en Ehpad : comment travailler au service de l'humain dans un service rationalisé ?

### Une organisation industrielle et des contraintes qui pèsent sur les aides-soignantes

Depuis une quinzaine d'années, alors qu'ils essaient de s'implanter comme le nouveau modèle de gestion de la vieillesse, les Ehpad connaissent une industrialisation et rationalisation croissantes. De nombreux articles explorent cette question, en expliquant notamment comment la dynamique de réduction du budget alloué aux Ehpad transforme ces organisations : « sous couvert de la limitation des financements, c'est une rationalisation en profondeur des activités qui est menée<sup>9</sup> ».

En reprenant la définition du sociologue Jean Gadrey, nous comprenons l'industrialisation comme « un processus au cours duquel une catégorie d'organisation n'appartenant pas au monde industriel tend à se rapprocher de ce dernier, au moins sur certains plans jugés significatifs<sup>10</sup> ». Les Ehpad sont aujourd'hui clairement rationalisés, aussi bien les publics que les privés. Cela se traduit d'abord par l'utilisation de nombreux outils de mesure. Par exemple, la grille Aggir est employée lors de l'arrivée d'un résident en Ehpad pour estimer son degré de dépendance (quantifié de 1 à 6), à partir duquel est déterminé le montant des financements qui pourra être versé à l'établissement. Certains établissements mettent en place des systèmes informatiques où le personnel doit enregistrer tous les soins réalisés, pour ainsi pouvoir évaluer leur travail. Finalement, la rationalisation des Ehpad se traduit aussi par un raccourcissement du temps d'intervention auprès des résidents, ainsi que par la multiplication du nombre de résidents à la charge des aides-soignantes. Cela peut s'expliquer en partie par la baisse des financements, mais aussi — dans le secteur privé — par une volonté de maximiser le profit en faisant de la marge sur le personnel embauché. Aujourd'hui, les aides-soignantes en Ehpad travaillent quasiment toutes en sous-effectif. Elles font face à une contrainte temporelle énorme. Et cela ne va pas en s'améliorant : le secteur a du mal à recruter et les arrêts maladies sont très fréquents.

Au-delà du manque du temps, l'Ehpad industrialisée est synonyme d'objectifs quantifiés : le salarié a 5 heures pour lever 10 résidents, s'assurer qu'ils aient pris leur petit déjeuner, les aider à la toilette et les accompagner au réfectoire. À l'échelle des grandes entreprises, les résidents ne sont plus qu'un nombre, et les tâches à réaliser par l'aide-soignante s'assimilent à une simple liste de vérification. Le travail de l'aide-soignante est aplati, les tâches sociales invisibilisées. En effet, l'industrialisation du service semble s'opposer à l'humain, surtout à ces personnes fragiles, qui nécessitent un accompagnement chaleureux et personnalisé. Dans la société actuelle où les structures d'accueil des personnes âgées dépendantes sont fortement normalisées, cette tension est inhérente au métier d'aide-soignante. Nous ne pourrions expliquer le poids et les effets de cette tension sur le travail de l'aide-soignante mieux que les auteurs de l'article « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social » :

---

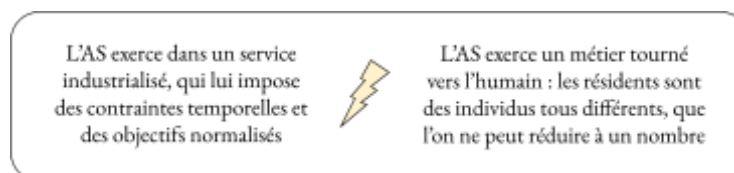
<sup>9</sup>Annie Dussuet, Laura Nirello, et Emmanuelle Puissant, « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, vol. 91-92, no. 1-2, 2017, pp. 185-211.

<sup>10</sup>Jean Gadrey, « La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? ». *Revue française de sociologie*, vol. 35, n° 2, p. 163-195.

« Ainsi, le pilotage de l'activité par les indicateurs signifie que la finalité sociale et humaine d'un service s'adressant à un public fragile, telle que le mieux-être des usagers, la rupture de l'isolement, le lien social, etc., s'effacerait et serait remplacée par l'atteinte d'objectifs tels qu'effectuer une toilette, réchauffer un repas. "Dès lors, les agents concernés sont incités à satisfaire les indicateurs, indépendamment de l'amélioration réelle des services rendus" (Supiot, op. cit.:250) [...] Dans les entretiens réalisés, on note surtout l'émergence d'outils permettant le contrôle de gestion et le suivi de l'activité. Ce contrôle de l'activité se concentre principalement sur le temps affecté à chaque tâche (réaliser une toilette, faire un lit, nettoyer une pièce, etc.) : il s'agit d'augmenter les temps dits productifs, c'est-à-dire consacrés à la réalisation de tâches matérielles identifiées ex ante. L'usage de ces outils de contrôle du temps véhicule une vision industrielle du service : le temps de la relation sociale et humaine est considéré comme improductif, et donc ne devant pas être compté comme du temps de travail<sup>11</sup>. »

Nous l'avons vu lors des entretiens : l'industrialisation de l'Ehpad, couplée à la contrainte temporelle, met à mal l'exercice du métier d'aide-soignante. Parfois, ces professionnels peuvent avoir le sentiment de ne pas réaliser leur travail correctement : ils aimeraient avoir le temps d'entretenir davantage leur relation avec les résidents. Leur conception du métier comme accompagnement social et pas uniquement matériel se heurte aux contraintes imposées par l'Ehpad. Finalement, ces structures tendent à favoriser les tâches concrètes et tangibles au détriment de la relation sociale et humaine qui pourrait se construire à travers l'accompagnement.

À travers les entretiens nous avons pu comprendre à quel point les aides-soignantes aimeraient avoir plus de temps à consacrer aux résidents. Ces personnes âgées, comme nous le disait Afi, ont besoin de parler. Mais, le matin, le timing est beaucoup trop serré : il n'y a pas le temps de s'arrêter pour papoter. Parfois, les aides-soignantes remarquent que les résidents veulent discuter plus longtemps avec elles. Malheureusement, si elles souhaitent s'en tenir au planning de la matinée, elles doivent mettre fin aux conversations rapidement. Et c'est ce qu'elles font souvent, pour respecter les consignes de l'établissement : même si elles rêveraient d'avoir deux heures par jour à consacrer à chaque résident, le réel de leur travail est bien différent. Elles s'efforcent de trouver l'équilibre entre s'occuper dignement de chaque résident, en réalisant toutes les tâches nécessaires pour cela (aide au lever, à la toilette, etc.) et les accompagner humainement et socialement. On peut formaliser cette tension comme suit :

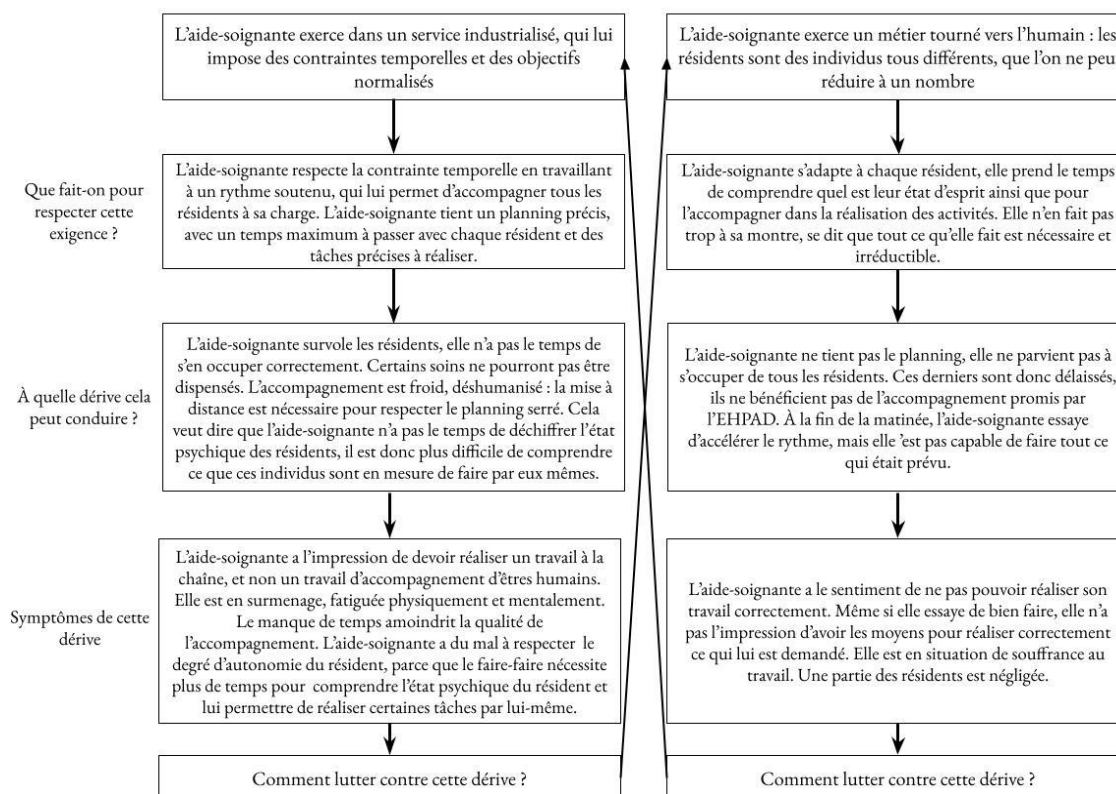


Comme on peut le voir, la première exigence — celle de gauche — correspond plutôt à une caractéristique propre à l'Ehpad. C'est par sa nature même que ces structures font peser un certain type d'organisation du travail sur le personnel soignant. En imposant un nombre de résidents dont les aides-soignantes doivent s'occuper, ils dictent aussi une certaine cadence. Pour analyser cette tension, nous

<sup>11</sup> Annie Dussuet, Laura Nirello, et Emmanuelle Puissant, « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », La Revue de l'Ires, vol. 91-92, no. 1-2, 2017, pp. 185-211.

ne pouvons faire abstraction du contexte des Ehpad aujourd'hui : nous l'avons dit, il est bien connu — et dénoncé — que les aides-soignantes doivent faire face à une charge de travail phénoménale, et qu'elles sont obligées de garder une certaine cadence si elles veulent s'occuper de tous les résidents.

Afin de comprendre cette tension plus en profondeur, nous proposons au lecteur ce graphique, qui explique les dynamiques découlant des deux exigences contradictoires.



Voie d'équilibre de cette tension : L'aide-soignante, par l'activité du travail, parvient à tenir ces deux exigences propres à l'Ehpad. Cet équilibre est délicat à trouver, et c'est justement cette recherche épineuse du juste milieu qui constitue l'un des savoir-faire de ces professionnelles.

Le métier d'aide-soignante est donc soumis à deux logiques contradictoires. Pourtant, si cela pouvait nous sembler une source de souffrance au travail constante, les entretiens nous ont permis de nuancer cette première idée un peu trop réductrice. Il est évident que lorsque les contraintes imposées par la structure sont trop importantes, le travail de l'aide-soignante n'est plus réalisable et cela ne peut qu'être source d'aliénation. Les aides-soignantes interviewées semblaient endosser cette pression exercée par le service : elles avaient intégré que le rythme de travail devait être important, mais elles avaient le sentiment de pouvoir offrir un accompagnement de qualité.

C'est-à-dire que l'aide-soignante, malgré le cadre industriel de l'Ehpad, parvient à fournir un accompagnement aux personnes qui y habitent. Tenir ces deux exigences, inhérentes à ces établissements, est le cœur de leur métier.

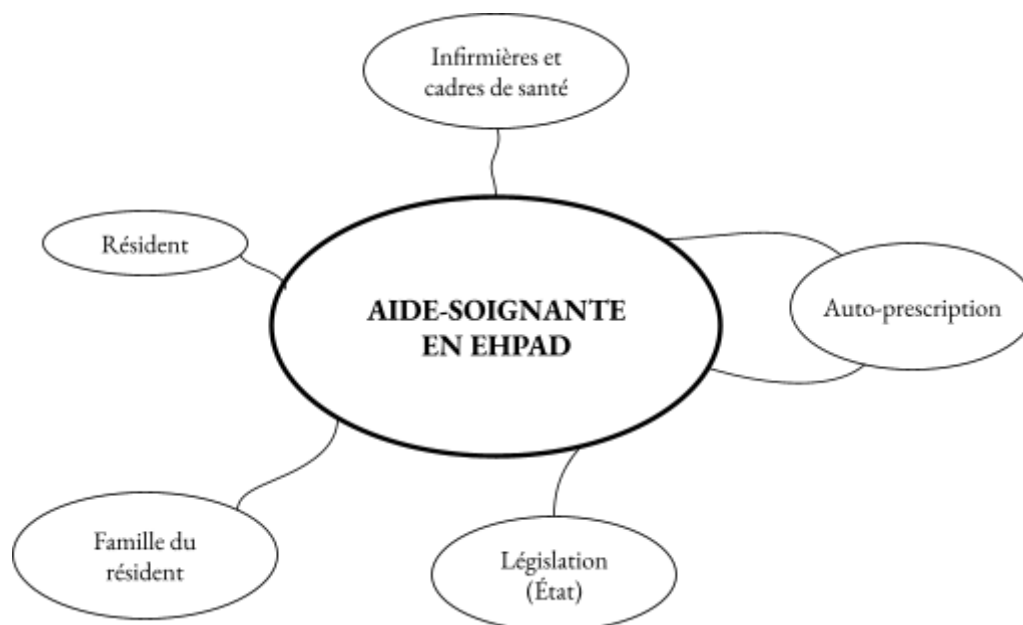
Cette double architecture renvoie à l'histoire de ces établissements que nous avons pu voir plus tôt. L'aide-soignante est le professionnel à la charnière entre ces deux univers contradictoires : clinique et domestique. Qui dit deux univers dit aussi deux temporalités contraires : le temps chronométré du soin et le temps calme de la vie quotidienne. Quand le temps presse, les durées consacrées à l'accompagnement social sont réduites, dans certains cas même inexistantes.

### **Des indicateurs pour lutter contre la standardisation du service proposé par l'Ehpad : sont-ils en adéquation avec le réel du métier d'aide-soignante ?**

Nous l'avons vu : le cadre industriel de l'Ehpad contraint l'aide-soignante à se référer à des consignes objectives, quantifiables. L'on attend d'elles la réalisation de tâches concrètes. Mais ces prescriptions se heurtent inévitablement au réel du métier de l'aide-soignante. Les aléas et la variabilité auxquels font face ces professionnelles — notamment parce qu'elles travaillent pour et avec l'humain — ne peuvent être transposées dans des simples consignes. Les objectifs que l'Ehpad fixe *a priori* (et donc sans prendre en compte la spécificité de chaque résident, de chaque situation) ne peuvent pas être remplis si l'état de santé du résident s'est dégradé d'un jour à l'autre. Les indicateurs ne peuvent substituer la carte au territoire, ils ne peuvent traduire la complexité de la prise en charge des résidents en Ehpad.

En faisant un inventaire des sources de prescription de l'aide-soignante, on voit bien que ces professionnelles reçoivent des consignes concernant les activités à réaliser (lever, toilette, etc.) mais que c'est surtout la contrainte de temps qui encadre leur travail. Les aides-soignantes ne reçoivent pas de prescriptions par rapport aux modalités d'accompagnement social des résidents : ce côté est presque invisibilisé. Quant à comment s'adapter à l'état d'esprit du résident, l'Ehpad ne leur donne pas de consignes non plus. C'est l'aide-soignante qui invente, en se confrontant au réel du quotidien de l'Ehpad.

Cela renvoie à ce que toutes les aides-soignantes nous expliquaient lors des entretiens : le métier s'apprend sur le tas. Même les formations spécialisées ne préparent pas ces professionnelles aux contraintes qui existent en Ehpad : s'il y a un apprentissage de ce que serait un soin idéal, les aides-soignantes ne sont souvent pas capables de le réaliser par manque de temps. Le réel du métier d'aide-soignante, c'est d'adapter leur auto-prescription — leur vision d'un accompagnement modèle — aux contraintes (temporelles, budgétaires).



*Les sources de prescription de l'aide-soignante en Ehpap*

#### **Au niveau national (lois, instances professionnelles) :**

- La loi prescrit au service de l'Ehpap (qui à son tour prescrit à l'aide-soignante) de respecter la dignité et les droits des résidents (loi du 2002-2 rénovant l'action médico-sociale, loi ASV<sup>12</sup> de 2015).
- Plus concrètement, l'État oblige les Ehpap à mettre en place une série de documents qui encadrent la prise en charge des résidents, comme le projet personnalisé<sup>13</sup>.

#### **Au niveau de l'entreprise/service de l'Ehpap :**

- Les cadres de santé prescrivent à l'aide-soignante de réaliser certaines tâches auprès des résidents : soins d'hygiène et de confort, aide au déplacement et au repas.
- Les infirmières et les cadres de santé de l'Ehpap prescrivent à l'aide-soignante de réaliser un accompagnement auprès d'un nombre précis de résidents.
- Les cadres de santé prescrivent aux aides-soignantes de respecter un planning précis.
- Le projet personnalisé prescrit à l'aide-soignante un certain nombre de recommandations à prendre en compte pour fournir un accompagnement de qualité : habitudes du résident dans le passé, goûts, activités qu'il souhaite réaliser en Ehpap, etc.
- L'Ehpap conseille à l'aide-soignante d'avoir une certaine posture par rapport aux résidents : être proche sans y être totalement attachée.

#### **Au niveau des familles, clientes de l'Ehpap :**

- Les familles peuvent prescrire à l'aide-soignante de réaliser certaines tâches. L'on a vu qu'ils peuvent parfois inviter l'aide-soignante à obliger les résidents, à contraindre leur liberté.

<sup>12</sup> Loi d'adaptation de la société au vieillissement.

<sup>13</sup> Document particulièrement intéressant dont nous parlerons plus tard dans le rapport.

- Les familles peuvent aussi être une source de « surveillance » : ils peuvent rabattre un jugement sur le travail de l'aide-soignante, et encadrer leur travail comme peut le faire la direction.

#### **Au niveau des résidents :**

- Les résidents prescrivent à l'aide-soignante une manière de travailler. Nous l'avons vu, ce n'est qu'en s'adaptant aux capacités et à l'état d'esprit des résidents que l'aide-soignante peut réaliser son métier.

#### **L'auto-prescription : au niveau du travailleur (déontologie, collectif de travail, éthique personnelle)**

- Le travailleur s'auto-prescrit de respecter les résidents, en offrant un accompagnement adapté à chaque personne.
- Le travailleur s'auto-prescrit de prendre soin des résidents, tant socialement que matériellement.

#### **Zoom sur le projet personnalisé : la réponse pour dépasser le service standardisé proposé par l'Ehpad ?**

À échelle nationale, il y a une certaine compréhension des possibles dérives que pourrait engendrer une prise en charge de la vieillesse trop normalisée. L'État tente de lutter contre la « déshumanisation » dans ces établissements, en prônant une personnalisation de l'accompagnement.

La loi du 2002-2 rend obligatoire la mise en place d'un projet personnalisé. Élaboré en collaboration avec le résident, sa famille et les professionnels de l'établissement, cet écrit recense des informations sur le résident : ses goûts, ses habitudes de vie, ses préférences quant aux activités proposées en Ehpad, son degré d'autonomie, etc. Il doit permettre, d'après la Haute Autorité de Santé, à individualiser l'accompagnement et ainsi de créer un cadre de vie propice au bien-être des résidents, qui ont tous des besoins et envies différentes.

Sur le papier, ce document permettrait de contrecarrer le caractère industriel de l'Ehpad : « cela représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée <sup>14</sup> ». Cependant, bien qu'il puisse donner quelques clés pour accompagner le résident, le projet personnalisé ne peut retranscrire la réalité à laquelle sont confrontées les aides-soignantes dans leur travail. Cette réglementation se heurte à l'impossibilité de réduire un être humain à une liste d'activités ou de pathologies.

Alors que le projet personnalisé est censé encadrer les aides-soignantes en leur prescrivant une certaine approche à employer lors de l'accompagnement, en réalité celles-ci y trouvent rarement une utilité. Les entretiens nous ont permis de comprendre quelles sont les raisons qui expliquent cela :

- Les aides-soignantes participent à l'élaboration de ce document. Elles peuvent le compléter avec les observations faites lors des premières semaines d'accueil du résident. Les informations qu'elles détiennent sont les plus précieuses, puisque ce sont elles qui ont un contact le plus direct avec les résidents. C'est justement pour cela qu'elles n'ont pas besoin de le consulter : elles connaissent les résidents, leurs pathologies, leurs habitudes dans l'Ehpad. Ça serait beaucoup plus long de consulter le projet à chaque fois qu'elles souhaitent s'occuper d'un résident (cela est même inenvisageable vu le rythme de travail des aides-soignantes).

---

<sup>14</sup> Fiche repère de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) concernant le projet personnalisé. Consultable en ligne : [fiche-repere-projet\\_personnalise\\_Ehpad.pdf \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/qualite/repere-projet-personnalise-ehpad)

- Le projet personnalisé réduit la complexité des résidents à une collection de listes et d'indicateurs. Il est évident que si l'on essaye de formaliser — de mettre sur le papier — la singularité du résident, on perdra beaucoup de choses au passage. Les aides-soignantes ne pourraient pas faire un accompagnement juste en se fiant aux informations qui figurent sur le projet personnalisé : elles analysent et apprennent à connaître le résident. De plus, les moyens de déterminer les informations contenues dans le document sont assez flous : la famille peut-elle exprimer les goûts du résident, à quel point les habitudes du passé vont-elles être les mêmes lorsque le résident vivra en Ehpad ?
- Les résidents changent constamment. D'un jour à l'autre, leur autonomie peut se dégrader, leur humeur peut fluctuer. Les aides-soignantes, qui doivent être à l'image d'un caméléon, ne peuvent pas puiser les outils pour cette adaptation dans le projet personnalisé.
- En plus, le projet personnalisé n'est pas toujours mis à jour : d'après l'enquête nationale de bientraitance menée par l'Anesm en 2015, seulement 34 % des Ehpad réévaluent ces documents.

L'on pourrait cependant noter que ces projets peuvent être intéressants — à condition qu'ils soient à jour — pour les nouveaux travailleurs qui intégreraient l'Ehpad, ainsi que pour d'autres professionnels de la structure qui n'ont pas un lien étroit avec les résidents et qui, à un moment, pourraient se voir confrontés à une situation où il est nécessaire de connaître une information précise sur le résident (les ASH par exemple).

Ce que l'État et ces structures semblent oublier, c'est qu'en aucun cas le projet personnalisé pourrait résorber la tension entre industriel et humain : l'aide-soignante, à travers son travail, trouve cet équilibre !

D'autres mesures mises en place par l'État pour encadrer les Ehpad semblent négliger le réel du travail de l'aide-soignante. On peut par exemple citer le GMP (Groupe iso-ressources moyen pondéré) et le PMP (Pathos moyen pondéré) : en quoi consistent-ils et pourquoi peut-on dire qu'ils négligent une partie du réel du métier de l'aide-soignante ?

### **La question du GMP et du PMP : des outils qui passent à côté du réel du métier**

Certains outils sont d'une grande importance en Ehpad. Focalisons-nous ici sur le GMP et le PMP. En se basant sur le GIR (Groupe iso-ressources), on peut estimer le niveau d'autonomie moyen des résidents d'un Ehpad : c'est ce que l'on appelle le GMP. Le référentiel PMP (Pathos moyen pondéré), quant à lui, permet de calculer les besoins médico-techniques dont font partie les besoins en personnel soignant. Ces indicateurs dictent les subventions que l'ARS verse à chaque structure<sup>15</sup>.

Il nous paraît intéressant de se pencher sur le GMP, pour voir à quel point les outils mis en place par l'État pour contrôler ces structures d'accueil peuvent être en décorrélation avec le réel du métier d'aide-soignante, qui est pourtant central en Ehpad. Le GMP permet de calculer la quantité de personnel nécessaire (en ETP) pour gérer l'établissement. La grille Aggir sur laquelle se base le GMP permet d'évaluer le degré d'autonomie des résidents, de 1 à 6 (du plus haut degré de dépendance au moindre). Plus le degré de dépendance est élevé, plus les besoins en soins sont élevés, donc plus d'aides-soignantes seront nécessaires.

---

<sup>15</sup> Pour plus d'information, voir par exemple [AGGIR - PATHOS | Agence régionale de santé Occitanie \(sante.fr\)](https://www.aggir.fr/)

Cela peut sembler logique au premier abord, mais il suffit de se pencher sur le métier d'aide-soignante pour comprendre que cet indicateur est bien loin de la réalité du travail en Ehpad. En effet, nous l'avons vu, pour les aides-soignantes accompagner le résident dans la réalisation de tâches prend souvent bien plus de temps que de faire le faire par elles-mêmes. Un résident avec un GIR plus élevé, qui est capable de prendre en charge une partie des activités, demande un effort accru de la part des aides-soignantes, qui doivent exécuter les mouvements en douceur, en respectant le rythme des résidents. En cela, cet outil fréquemment employé par l'État et par ces établissements occulte une partie pourtant essentielle de ce métier, qui est le respect du degré d'autonomie des résidents. En plus de réaliser une fausse estimation qui pourrait contribuer au sous-effectif de personnel en Ehpad, ces indicateurs révèlent une méconnaissance du réel du métier d'aide-soignante.

**Tableau A** • Besoins en soins de base et besoins en ETP selon le GIR, d'après la grille circulant parmi les professionnels

GIR	1	2	3	4	5	6
Coefficient GIR	1000	840	660	420	250	70
Besoins de soins de base (en minutes/jour)	210	176	139	88	53	15
Besoins de soins de base (en heures/semaine)	24,5	20,5	16,2	10,3	6,2	1,8
Nombre d'ETP requis	0,78	0,65	0,51	0,32	0,20	0,06

*Lecture : Les personnes âgées avec un GIR 1 ont besoin d'un accompagnement de la perte d'autonomie équivalent à 24,5 heures par semaine, soit 78 % du temps d'un soignant qui travaille 35 heures par semaine (ou 31,6 heures par semaine lorsqu'on prend en compte 5 semaines de congés payés).*



## La mort au travail

Cette méconnaissance s'étend bien souvent au-delà de tout cela. En effet, on oublie souvent que le quotidien des aides-soignantes s'apparente aussi à un accompagnement vers la mort. De fait, l'Ehpad est le dernier lieu de vie pour une grande majorité des résidents : on considère qu'environ 82% des « sorties » sont dues à des décès. Ainsi, aussi important le *nursing* soit-il, pour pallier et soigner les maux de chaque résident, il est aussi important de se souvenir de cela pour faire de cette étape de la vie, un moment privé autant que possible de souffrance, physique et émotionnelle, pour la famille et les résidents. L'accompagnement quotidien est conditionné par cette image finale. Les moindres actions et gestes des aides-soignantes sont donc constamment réalisés en gardant bien en tête qu'il s'agit, pour certains des résidents, de leurs derniers instants de vie. Cette image de la mort, cette idée que l'Ehpad est un lieu où les résidents « attendent leur mort » comme nous le disait Catherine, est toujours présente dans l'esprit des aides-soignantes. Elles ne veulent ni inquiéter les résidents, ni leur causer de la peine ou de l'anxiété : leur motivation c'est qu'ils soient en paix.

### Le sourire au bord des lèvres

Par conséquent, comme nous le raconte Afi, leur attitude s'adapte à cela. Elle nous explique notamment que lorsqu'elle arrive sur le lieu de travail et qu'elle met sa blouse d'aide-soignante, elle imprime sur son visage un sourire et elle laisse tous ses problèmes personnels de côté pour laisser place aux résidents, leur remonter le moral. Elle poursuit en nous dévoilant quel peut être le quotidien de certains résidents parfois : entre déprime, pensées suicidaires, ennui et autre. Ainsi, elle s'est donnée comme objectif de ne jamais être malheureuse car eux le sont déjà assez dans leur vie, « ils n'ont pas besoin de nous voir tristes » ajoute Afi. Elles doivent être le « rayon de soleil » des Ehpad, éclairant les journées de tous les résidents.

Grâce aux autres interviews nous comprenons que le quotidien de ces professionnelles de santé peut parfois paraître contraignant de par leur volonté de ne pas montrer leurs ressentis, de cacher leur vie personnelle par peur d'inquiéter encore plus les résidents, et arborant sans cesse un sourire pour espérer en voir sur les visages des résidents. Pour autant, cette nécessité ne semble pas peser sur les aides-soignantes, au contraire cela leur permet de faire une distinction nette entre le travail et la maison. Car si elles ont l'impression de rentrer dans l'intimité des seniors dont elles s'occupent, a contrario elles ne souhaitent pas forcément qu'ils soient au courant de leurs vies privées.

De plus, si elles doivent arborer un sourire pour les résidents, elles doivent aussi faire preuve de beaucoup de patience envers leurs collègues. En effet, il n'est pas envisageable de mal s'entendre avec une de ses collègues ou du moins de le montrer ouvertement. Une telle attitude pourrait nuire à tout le service. La cohésion et l'entente est donc primordiale dans ce cas-là. Toutes les animosités « égoïstes » sont laissées de côté pour le bonheur des patients et pour leur fournir le meilleur soutien possible.

Tout le possible est donc mis en place pour non seulement permettre aux résidents de subvenir à leurs besoins, toilettes repas et autres, mais aussi de se sentir bien entourés et de passer d'agréables moments.

## Violence et maltraitance

Ainsi, cette patience constante et ce positivisme débordant sont tout aussi présents lors de situations plus complexes et moins agréables. En effet, si les aides-soignantes font tout pour créer un cadre de vie paisible, il arrive tout de même que des incidents aient lieu, à savoir des actes de violence verbale ou physique de la part des résidents. Si les récits populaires relatent des histoires de résidents frappant violemment les aides-soignantes, la réalité n'est pas vraiment celle-ci, ou du moins elle est plus nuancée. En effet, Jeanne affirme que cela arrive très rarement, qu'elle n'est que très peu témoin d'actes de violences physiques. Pour autant, elle nous explique que les résidents de son Ehpad, non-atteints de maladies cognitives comme l'Alzheimer, sont tout de même conscients qu'ils vont bientôt mourir. Une aigreur, dominée par la peur de mourir, s'installe chez eux et peut donc parfois mener à de la violence verbale. Jeanne semble pour autant peu atteinte par ces attitudes, elles tentent lorsque cela arrive de leur exprimer, « comme à un enfant » que cela ne se fait pas même si elle sait qu'ils recommenceront. Si à ses débuts elle avait été plutôt surprise par ces attitudes, elle a rapidement compris que cela était normal dans un tel cadre, c'est-à-dire qu'elle a vite compris quel était le ressenti des résidents face à cette peur de mourir. Elle n'éprouve donc aucune colère envers eux si ce n'est de la compassion, de la peine pour ces personnes parfois se sentant seule face à une si grande étape de la vie.

À l'inverse, Afi raconte que la violence physique dans son établissement est plus courante. Il semblerait qu'elle en soit témoin plutôt régulièrement, « une fois par semaine » à peu près. Mais cela est très futile. Elle raconte qu'une fois elle jouait aux cartes avec une résidente, âgée et atteinte de troubles cognitifs. Tout se passait très bien jusqu'au moment où elle a perdu et a giflé Afi. Quelque peu surprise, cette dernière a tenté, toujours comme on le ferait avec des enfants, de lui expliquer que cela ne se faisait pas et la résidente a immédiatement compris et s'est excusée en lui faisant des caresses. Quelques minutes plus tard, cette dernière avait déjà oublié ses agissements. Il est inutile d'après Afi de se fâcher, d'autant plus que dans cette situation spécifique la résidente ne faisait confiance qu'à elle. Ainsi, s'énerver aurait pu avoir pour conséquence la cassure de cette confiance instaurée, créant une situation où la résidente n'aurait plus voulu s'adresser à aucune des aides-soignantes, ce qui est envisageable au vu des soins à apporter aux résidents.

Pour autant, si la violence physique et verbale est plus courante à l'Ehpad dans lequel Afi travaille, son témoignage est très en raccord avec celui de Jeanne, dans le sens où, elle aussi, apprend à faire la part des choses et ne se « vexe » pas à cause de tels agissements car elle éprouve de la peine pour ses résidents. On apprend donc, petit à petit, à ne pas prendre personnellement ces attitudes. Cela ne veut pas dire que l'on a pas le droit de signaler que cela n'est pas correct mais sinon que cela ne vaut pas la peine de s'énerver contre les résidents qui ne comprendraient parfois pas.

Par conséquent, les aides-soignantes affirment qu'il est nécessaire de faire preuve de patience à tout instant, qu'il s'agit d'un des piliers de leur métier. Elles ajoutent d'ailleurs qu'il faut apprendre à se détacher de cela et de ne pas prendre à cœur les commentaires injurieux puisque ces personnes « ne sont pas elles-mêmes » à ce moment-là. Cependant, il est très important de signaler ce type d'incidents à l'administration avec une déclaration d'incident pour chacun de ces événements. Cela leur permet de rendre compte toujours de l'évolution de l'attitude des seniors pour pouvoir adapter leurs comportements à leurs changements.

## Gestion de l'attachement

Malgré ces incidents ponctuels, nous savions avant même de procéder à nos entretiens que la question de l'attachement aux résidents était très importante aux yeux des aides-soignantes et que ces incidents ne portaient que très peu atteinte à la relation créée entre l'aide-soignante et le résident. En effet, nous nous sommes questionnées sur comment fait-on pour gérer l'attachement à ces personnes, vouées à partir mais avec qui l'on passe la grande majorité de nos journées ?

Les réponses étaient souvent différentes mais gardaient toutes un même fond. En effet, tous nos intervenants étaient bien d'accord pour dire qu'il est impossible de ne pas s'attacher aux personnes que l'on côtoie, dont on s'occupe tous les jours et qui nous donnent toute leur confiance. Si à leur arrivée, il est souvent expliqué par l'administration, et lors de leur formation, qu'il faut éviter à tout prix de trop s'attacher aux résidents, elles ont rapidement compris que cela ne pouvait pas être possible. En effet, si les aides-soignantes tentent de faire abstraction de leurs vies personnelles, elles plongent inévitablement dans celles des résidents. De l'aspect purement médical, aux rapports familiaux, aux goûts, à l'intimité, les aides-soignantes sont au courant d'une grande partie de la vie des personnes dont elles prennent soin. Il est par conséquent, après avoir écouté, discuté de tout cela, impossible d'être indifférent aux cas de chacun, d'autant plus quand les résidents eux-mêmes font preuve d'un attachement profond aux aides-soignantes. L'un des exemples que l'on a retenu de nos échanges était celui d'une aide-soignante partie en congés qui était revenue et avait retrouvé deux des résidents en pleurs. Apparemment, celles-ci n'avaient pas cessé de pleurer depuis son départ, et les autres aides-soignantes, moins proches, n'étaient pas parvenues à faire cesser leur peine.

Pour autant, il est difficile de basculer de l'autre côté de la balance et donc de trop s'attacher dans le sens où cela pourrait conduire, dans le cas récurrent d'un décès, à un choc émotionnel très fort, pouvant pénaliser les autres de par cette volonté d'arborer un sourire constant notamment. De plus, étant assez récurrent, il est nécessaire de se créer une sorte de carapace pour ne pas sombrer personnellement face à ces événements. Les aides-soignantes tentent donc tant bien que mal d'apprendre à se distancier. Cela se manifeste donc, chez Afi par exemple, par une proximité affirmée lors du travail, mais une fois rentrée chez elle un total détachement. Elle explique en effet qu'elle passe déjà tellement de temps avec les résidents comparé au temps passé avec sa famille qu'elle ne peut pas se permettre de passer son temps à pleurer les départs des uns et des autres, au détriment de son propre entourage. Le contraste est donc assez fort entre l'attachement qu'elle peut manifester lors du soin des résidents mais le total détachement une fois rentrée chez elle, mais, elle le fait pour se protéger.

Cela ne signifie pas qu'elles ne sont pas touchées par la mort d'un des résidents sinon juste qu'elles apprennent à « passer à autre chose, basculer » car les autres « ont besoin d'elles ». Cette question du temps compté revient encore une fois puisqu'elles n'ont concrètement pas le temps de trop s'attarder sur un cas en particulier alors que les autres résidents ont déjà besoin d'elles. Les aides-soignantes doivent donc constamment faire preuve de juste nécessaire entre proximité aux résidents en souffrance et protection de soi-même. Cet équilibre n'est souvent pas évident à trouver et nécessite plusieurs années d'expérience avant de parvenir à trouver le juste milieu.

Cet aspect du métier est très intéressant, certainement à creuser. Extrêmement intime et personnel, ce ressenti semblait accompagner toutes les aides-soignantes que nous avons interviewées. Comment peut-on expliquer que l'on donne comme consigne aux aides-soignantes de ne pas s'attacher aux résidents ?

Comment est-ce que ces professionnelles vivent cette injonction ? Est-ce que l'Ehpad promeut un refoulement des sentiments bien trop insensible, pour ces travailleurs qui ont le cœur à l'ouvrage ?

### **Une vision de l'âge changée**

Justement, cette recherche constante du juste milieu finit par en apprendre beaucoup aux aides-soignantes. De fait, cette particularité de leur métier, issue de leur proximité avec les personnes âgées, les forge tant bien du point de vue professionnel que personnel. De plus, il revient de nos entretiens que vivre en permanence avec des personnes approchant la fin de vie ou bien malades en apprend beaucoup sur la vie et sur la mort aussi. Tous nos intervenants nous ont notamment expliqué comment la vision de la mort et de la vieillesse avait changé pour eux à force de faire ce métier. Jeanne nous explique en effet qu'elle prend beaucoup sur elle car voir quelqu'un partir n'est jamais une tâche facile. Afi, elle, insiste sur le fait que « cela fait mal » mais qu'elle est trop impliquée dans la vie de tous les résidents pour s'abattre dès que l'un d'eux la quitte. Elle estime faire partie de leur famille et ne s'autorise donc pas à baisser les bras : elle reste forte pour ceux qui ont besoin d'elle.

Catherine a appris à beaucoup relativiser sur les choses futiles de la vie. Voir des personnes atteintes de ces maladies, perdre tous repères et devenir à leur tour leurs nouveaux repères, une sorte de famille pour eux, l'a aidé dans cette démarche. Vieillissant aussi, elle parvient à se demander si par exemple se coiffer tous les matins est vraiment important, si l'on a besoin de toujours faire telle ou telle chose. Plus globalement, la peur qu'elle puisse un jour être atteinte des mêmes maladies la pousse à vivre chaque moment présent pleinement. De plus, elle et Frédéric semblent aussi faire preuve de beaucoup de patience dans leur quotidien. Elle raconte que parfois il y a des journées qui ne se passent pas comme prévu, qu'il y a des incidents, mais à ces yeux ce n'est pas grave puisqu'elle sait que le lendemain cela ira mieux.

Ainsi, ce métier semble en apprendre beaucoup aux aides-soignantes : faisant constamment face à des difficultés évidentes (maladie, mort, etc.), une partie d'entre elles parvient à se forger une carapace pour contrer toute souffrance. Cependant, la beauté de ce métier semble résider dans ce « jeu d'actrice » qui n'en est pas un, puisqu'elles parviennent réellement à s'attacher aux résidents sans que cela empiète sur leur vie privée.

Le métier d'aide-soignante est donc particulièrement éprouvant, en partie à cause de ce devoir d'accompagnement vers la mort. À part cela, nous l'avons vu, ces professionnelles font face à une série d'exigences contradictoires inhérentes à leur métier, qu'elles essayent de tenir tant bien que mal. Mais, comment survivre au quotidien ardu, lourd en émotions, quand elles sont toutes seules ? Comment partager leurs ressentis, leurs difficultés, leurs échecs ? Ces questions sont d'autant plus importantes que la France fait actuellement face à une pénurie de soignants. Si nous entendons souvent parler de la réduction du personnel et de son lien avec la maltraitance, nous souhaitons aller au-delà de ce constat. Que se passe-t-il réellement lorsque le collectif de travail est mis à mal ? Comment cela impacte, concrètement, le vécu du métier ?

Nous vous proposons quelques éléments de réflexion ci-dessous. Bien qu'elle ne soit pas exhaustive, cette partie présente quelques clés pour comprendre l'enjeu clivant que représente le collectif de travail pour les aides-soignantes.

## **Au-delà du sous-effectif et la maltraitance : l'importance du collectif du travail**

Le collectif de travail joue un rôle central dans le vécu de métier, notamment dans la perception du réel de ce dernier. Le travail en Ehpad est régi par de nombreux préceptes moraux et idéaux de bientraitance, de respect des résidents, etc. Les formations d'aide-soignante et d'accompagnante éducatrice et sociale véhiculent une certaine vision de l'aide aux personnes dépendantes. Les professionnelles ont aussi, de par leur sensibilité et habitus, une idée de ce que devrait être un bon accompagnement, et donc ce qu'est le bon exercice de leur métier.

Cependant, quand les aides-soignantes arrivent en Ehpad, la réalité est bien différente. Le rythme n'est pas le même : pendant la formation, les aides-soignantes ne font pas face à la contrainte temporelle si caractéristique de l'Ehpad. Lorsqu'elles doivent s'occuper d'une dizaine de résidents dans la matinée, elles n'ont pas le temps de réaliser tout ce qu'elles aimeraient faire. Cela est particulièrement vrai pour le côté social de l'accompagnement, comme nous l'avons vu. Cela explique que certaines aides-soignantes puissent avoir la sensation de ne pas exercer correctement leur métier, à cause d'un manque de moyens. Cette décorrélation entre l'image valorisée du métier et le travail réel peut notamment engendrer une souffrance chez ces professionnelles.

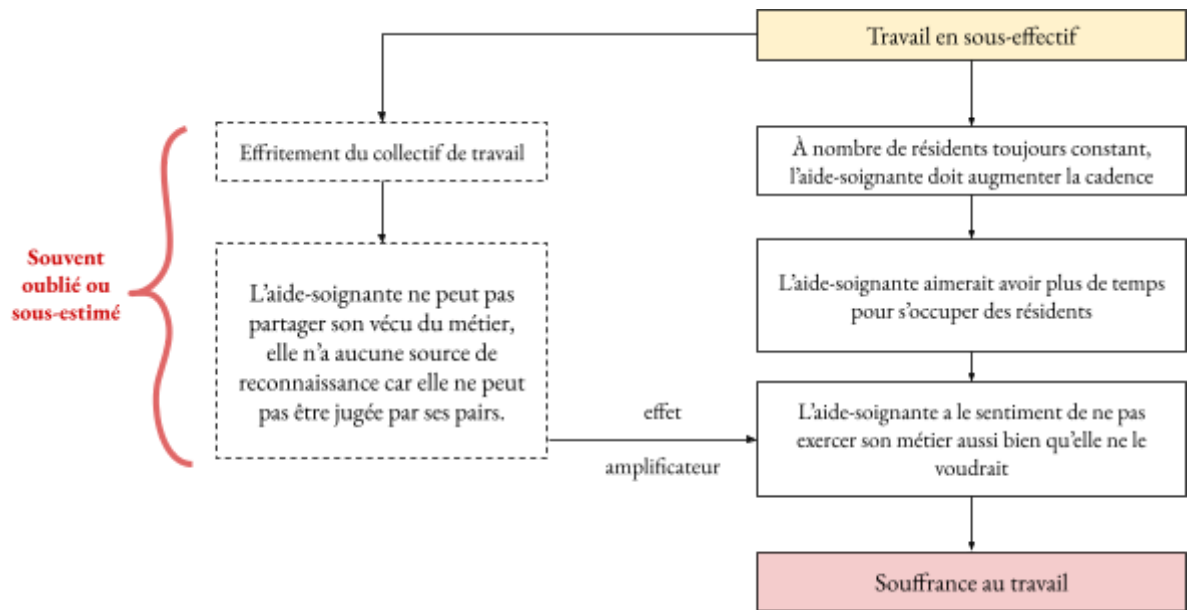
Le collectif est donc d'une grande importance dans la lutte contre cette perte de sens au travail. Le groupe permet aux individus de partager un même socle de valeurs, ainsi qu'un même vécu. Les aides-soignantes, en travaillant en collectif, ont ainsi la possibilité de se concerter en cas de doute, d'échanger quant aux possibles difficultés rencontrées. De plus, le groupe est source de reconnaissance<sup>16</sup> : ce sont les pairs qui exercent un jugement de ce qu'est un bel exercice du métier, conforme aux règles de l'art. Le groupe permet aussi, comme l'explique Christophe Dejourns, d'affronter collectivement le réel du travail, en inventant des voies d'adaptation des prescriptions : « la coopération, c'est ce qu'il faut collectivement inventer pour combler les lacunes, pour adapter et ajuster les prescriptions formulées par la hiérarchie, c'est-à-dire adapter ou "interpréter" les ordres<sup>17</sup> ».

Lors des entretiens, nous avons pu confirmer cette appétence pour le travail en groupe : cela permettrait de mieux s'occuper des résidents. Au-delà de ceci, comme pour toutes les professions, la dimension collective est essentielle. Il est important d'en être conscient, parce que cela est aujourd'hui mis à mal par le manque de personnel dans ces structures. Finalement, à la pression temporelle s'ajoute le travail en sous-effectif, combinaison particulièrement délicate. Si le sous-effectif oblige les aides-soignantes à augmenter la cadence, et peut leur faire sentir qu'elles ne réalisent pas leur travail aussi bien qu'elles ne le voudraient, il alimente aussi cette souffrance : les aides-soignantes ne peuvent pas partager le réel du métier, adapter collectivement leur travail à la pression exercée par l'Ehpad.

---

<sup>16</sup> Nathalie Fourcade, « Situations du travail, de Christophe Dejourns, Presses universitaires de France, 2016 », *Revue française des affaires sociales*, no. 4, 2016, pp. 389-396.

<sup>17</sup> Christophe Dejourns, « Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité » in Jouan M., Laugier S. (dir.), *Comment penser l'autonomie? Entre compétences et dépendances*, Paris, PUF, 2009, p. 291-313.



*Comment le travail en sous-effectif impacte-t-il le vécu du métier d'aide-soignante ?*

## Conclusion

La période Covid nous a permis de prendre en partie conscience de l'importance des métiers du soin. Afi nous le disait : si ces mois ont été particulièrement durs et meurtriers, cette aide-soignante sent que son métier a été revalorisé.

Pourtant, notre société est loin d'avoir saisi les enjeux de ce métier. L'accompagnement de la vieillesse, sujet brûlant de l'actualité, prend beaucoup de place dans les débats mais malheureusement l'on s'arrête souvent aux cas de scandales. Ce que l'on propose avec ce rapport c'est d'aller plus loin, de comprendre le réel de ce métier d'aide-soignante, qui est central en Ehpad. Ce n'est qu'en saisissant à quoi elles font face tous les jours que nous parviendrons à améliorer leur situation et celle de ces établissements.

Les entretiens ont révélé un manque d'accompagnement de ces professionnelles. Si les familles et les résidents sont accompagnés tout au long de ce parcours — grâce aux psychologues notamment — les aides-soignantes ne le sont pas. Catherine et Frédéric nous expliquaient par exemple que M. Garcia-Suarez, psychologue de l'Ehpad d'Évreux, est toujours très disponible et que ça leur fait vraiment du bien de pouvoir parler avec lui de certains problèmes qu'ils peuvent rencontrer. Quant aux autres aides-soignantes interviewées, aucune n'avait accès à un accompagnement.

Les aides-soignantes accompagnent une partie de notre société, mais qui les accompagne ? Les structures ne mettent en place aucun dispositif d'accompagnement psychologique. Cela est particulièrement imprudent, lorsque l'on connaît les situations compliquées auxquelles peuvent faire face ces professionnelles. Si l'on ajoute cela à l'effritement du collectif dû au manque de personnel, on comprend bien pourquoi le taux d'absentéisme ou de burn-out est si élevé. Ce manque de considération du métier peut aussi être lié à la naturalisation des aptitudes maternelles de ces femmes, qui auraient par nature cette capacité de prendre soin d'autrui. Le fait est qu'aujourd'hui, la souffrance de certaines aides-soignantes se fait ressentir.

Il est donc nécessaire de comprendre le réel du métier d'aide-soignante, afin de mettre en place une stratégie d'accompagnement pour ces professionnelles, tantôt dans des Ehpad publics comme privés. Il serait peut-être intéressant de creuser ceci : pourrait-on envisager la création d'un tel dispositif ? Quelle forme prendrait-il ?

## Bibliographie

- Fiche repère de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) concernant le projet personnalisé. Consultable en ligne : [fiche-repere-projet\\_personnalise\\_Ehpad.pdf \(has-sante.fr\)](http://fiche-repere-projet_personnalise_Ehpad.pdf(has-sante.fr))
- François Aubry, « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante », *Temporalités* [En ligne], 16 | 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012. URL : <http://journals.openedition.org/temporalites/2237>
- Solène Billaud et Jingyue Xing, « “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* [En ligne], Dossiers, mis en ligne le 16 juin 2016. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/5372>
- Catherina Caleca, « Les familles à l'épreuve du grand âge : les enjeux de l'accueil en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes », in : *Dialogue*, n°206, 2014, p. 27.
- Pierre Canouï, « La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques », *InfoKara*, 2003/2 (Vol. 18), p. 101-104. DOI : 10.3917/inka.032.0101. URL : <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2003-2-page-101.htm>
- Victor Castanet, « Les fossoyeurs », Fayard, Janvier 2022.
- CNSA, « Les prix des Ehpad s'établissent à 2004 euros en 2019 », Avril 2021, [En ligne], URL : [https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/les-prix-des-Ehpad-setablissent-a-2-004-euros-en-2019#:~:text=En%202019%2C%20le%20prix%20m%C3%A9dian,\(pour%206%20668%20Ehpad\)](https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/les-prix-des-Ehpad-setablissent-a-2-004-euros-en-2019#:~:text=En%202019%2C%20le%20prix%20m%C3%A9dian,(pour%206%20668%20Ehpad)).
- Charles de Gaulle, «Mémoires de guerre », 1954.
- Christophe Dejours, « Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité » in Jouan M., Laugier S. (dir.), *Comment penser l'autonomie? Entre compétences et dépendances*, Paris, PUF, 2009, p. 291-313.
- Drees, « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », no.1237, Juillet 2022. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
- Annie Dussuet, Laura Nirello, et Emmanuelle Puissant, « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, vol. 91-92, no. 1-2, 2017, pp. 185-211.



- Nathalie Fourcade, « Situations du travail, de Christophe Dejours, Presses universitaires de France, 2016 », Revue française des affaires sociales, no. 4, 2016, pp. 389-396.
- Jean Gadrey, « La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? », Revue française de sociologie, vol. 35, n° 2, p. 163-195.
- Glassdoor, « Salaire d'un Aide soignant, France », Juin 2023, [En ligne], URL : [https://www.glassdoor.fr/Salaires/aide-soignante-salaire-SEARCH\\_KO0,14.htm#:~:text=Le%20salaire%20moyen%20pour%20le,%E2%82%AC1%20750%20en%20France](https://www.glassdoor.fr/Salaires/aide-soignante-salaire-SEARCH_KO0,14.htm#:~:text=Le%20salaire%20moyen%20pour%20le,%E2%82%AC1%20750%20en%20France).
- Isabelle Mallon, « Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux », in : Espaces et sociétés, n°120-121, 2005, p. 164.
- Catherine Mercadier, « Aide-soignante : un métier plus éthique que technique », Empan, vol. 68, no. 4, 2007, pp. 106-108.
- Ministère de la santé et de la prévention, « Aide-soignant », 26 Octobre 2022, [En ligne], URL : <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-soignant>
- Léa Sanchez, « Les résidents d'Ehpad représentent 44 % des morts du Covid-19 », Le Monde [En ligne], Décembre 2020.  
URL : [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/12/03/les-residents-d-ehpad-representent-44-des-morts-du-covid-19\\_6062084\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/12/03/les-residents-d-ehpad-representent-44-des-morts-du-covid-19_6062084_4355770.html)