

# Aide-soignante en Ehpad



# Introduction

- ⇒ **400 000** aide-soignantes en 2020 dont **93%** de femmes
- ⇒ **730 000** personnes fréquentent des établissements d'hébergement pour personnes âgées
- ⇒ Une moyenne de **3 aide-soignantes pour 10 résidents**, allant jusqu'à **1 pour 8** dans certains Ehpad

## Métiers du grand âge : la pénurie de personnels inquiète

Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad

1 Ehpad sur 2 peine à recruter du personnel soignant

Près de Nantes. Faute d'aides-soignants cet été en Ehpad, le recours à du personnel sans formation

La pénurie d'aides-soignants et d'infirmiers dans les Ehpad oblige à se réinventer

**Manque de soignants : la Fédération hospitalière de France tire la sonnette d'alarme, l'été risque d'être «difficile»**

Le constat est sans appel : 99 % de l'ensemble des hôpitaux et Ehpad publics rencontrent des difficultés faute de personnels suffisants, au moins de façon ponctuelle.

# Mais qu'est-ce qui mène à de telles pénuries ?

Un métier qui ne serait pas assez rémunérateur : **1750 euros bruts** par mois la 1ère année.

Une profession caricaturée à tort. Le côté **social l'emporte.**

Peu de **reconnaissance** de la part des familles mais aussi de la société.

Les récents cas de **maltraitance** ne font pas honneur à ce métier mais soulignent la **précarité** de certains milieux professionnels.

# Problématisation



À quelle(s) réalité(s) sont confrontées les aide-soignantes au quotidien ?

Quelles difficultés peuvent-elles rencontrer sur le terrain ?

Quelles stratégies sont mises en place pour pallier le manque d'effectif ? Qu'est-ce que cela engendre, concrètement, dans le vécu du métier ?

# Les intervenants



Jeanne

- Travaille dans le privé depuis 2 ans
- Ressent le besoin d'aider les gens
- Souhaite rester dans ce domaine mais évoluer



Afi

- Exerce depuis 14 ans
- Issue d'une reconversion professionnelle turbulente
- Souhaite changer un jour



Frédéric

- Formation d'aide-soignant classique avec quelques années en EHPAD
- Travaille désormais avec Catherine en accueil de jour



Catherine

- 18 ans en Ehpad classique
- Travaille aujourd'hui en accueil de jour pour malades atteints de troubles cognitifs
- Compte finir sa carrière dans cette structure

# Une journée bien rythmée

**7h00-10h30**

Lecture des transmissions.  
Réveil des résidents,  
préparation et petit déjeuner

**10h30-12h30**

Première toilette et nursing de  
chacun. Accompagnement de 7  
à 8 résidents chacune.

**12h30-13h30**

Déjeuner cuisiné par le personnel  
hôtelier. Réunions.



**14h00-18h00**

Sieste, visites ou activités  
animées par les aide-soignantes.  
Goûter vers 16h30.

**19h30-20h30**

Dîner cuisiné par le  
personnel hôtelier.

**20h30-22h00**

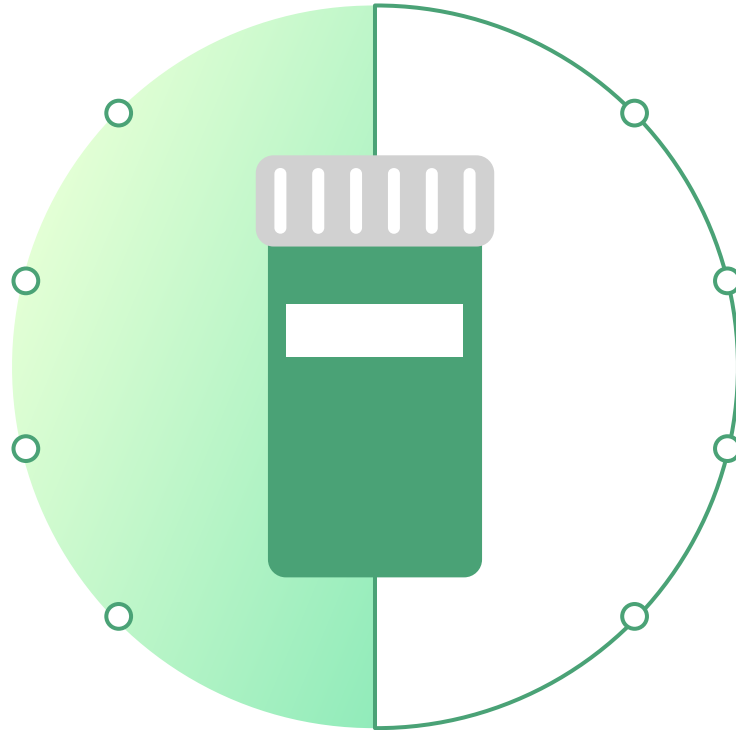
Toilette de fin de journée et  
couchage de chacun. Discussions  
et lecture. Passage à l'équipe de  
nuit.

# Organisation de l'Ehpad :

deux services en étroite collaboration

## Service médico-social :

- Il est composé des médecins, des aide-soignantes, des infirmières, du psychologue, de l'ergothérapeute, du psychomotricien, du kinésithérapeute, de l'orthophoniste et des animateurs.
- Une grande partie réservée aux soins médicaux mais aussi un accompagnement social important pour lutter contre l'état dépressif et l'isolement.
- Réunions à intervalles réguliers pour un bon suivi de chacun des résidents.



## Service hôtelier :

- Il est composé du personnel de restauration, qui prépare les repas, mais aussi des agents de propreté responsables du ménage des parties communes et des chambres.
- Participent à la création d'un lieu de vie agréable et aux goûts de chacun.

# Un nouveau rapport à la vieillesse

Mais depuis quand nos vieux sont-ils en Ehpad ?



Une construction sociale au 19ème siècle, entre hygiénisme, dépréciation et crainte irrationnelle de vieillir.

Création d'un nouveau marché. Il faut profiter de toutes les catégories d'âge, surtout celles qui sont inutiles à toute démarche productiviste.

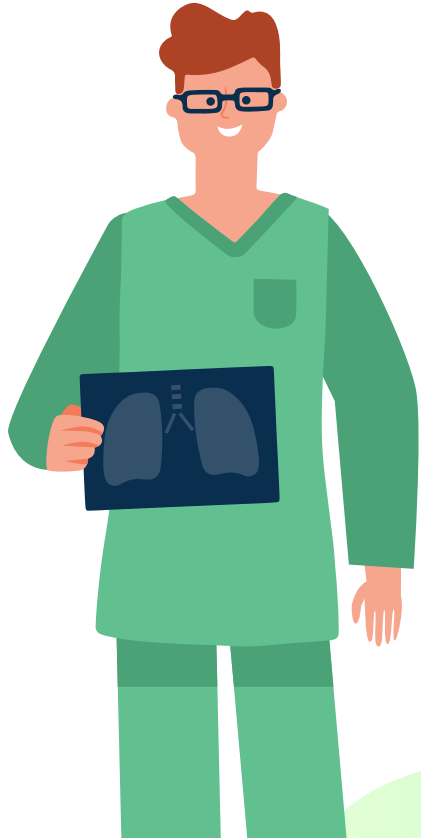
Mise en place d'un monopole radical de la médecine sur la gériatrie.

Modification des relations familiales, du patriarcat au couple.

**⇒ Seule solution viable est l'Ehpad**



# Quelle relation entre l'institution et les familles ?



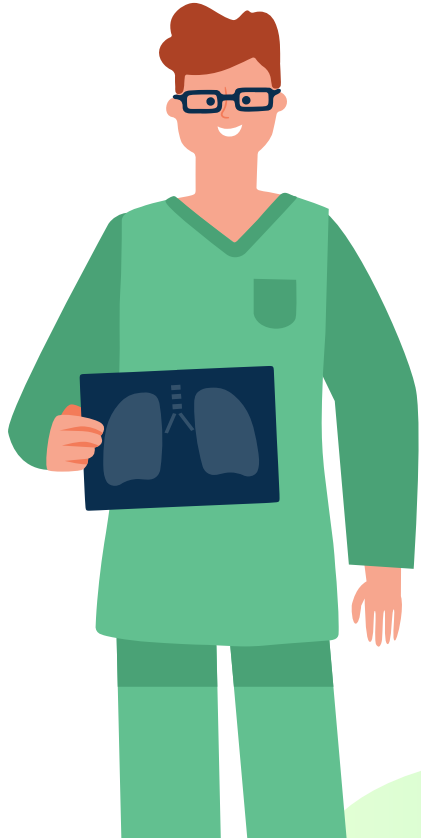
Le placement en Ehpad est un **soulagement** mais pas un **abandon** ("seulement" 10% d'isolement familial chez les résidents).

Malgré tout, une distance peut s'installer par la présence d'une **institution** entre les deux.

Le « problème » semble être la relation entre l'**administration** et la **famille**. Les proches se sentent moins légitimes face à l'expertise médicale.

Une **communication** accrue entre la famille et le personnel pour leur rendre compte de tous les événements liés aux proches.

# Quelle relation entre l'institution et les familles ?



Un travail quotidien d'accompagnement des **résidents** ET de leurs **familles**, notamment dans les étapes complexes (arrivée, deuil blanc).

Une **méconnaissance** du travail entraînant un manque de **reconnaissance**.

Des **tensions** occasionnelles (exemple des relations amoureuses).

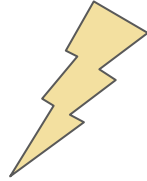
# Expliquer le réel de leur métier

Les enjeux de l'accompagnement  
sont souvent méconnus...

... et même : qu'est-ce que veut  
dire, en réalité, *accompagner* ?

# Accompagner : offrir son aide ?

Faire



Faire-Faire

*Accompagner* = trouver l'équilibre entre le faire et le faire-faire

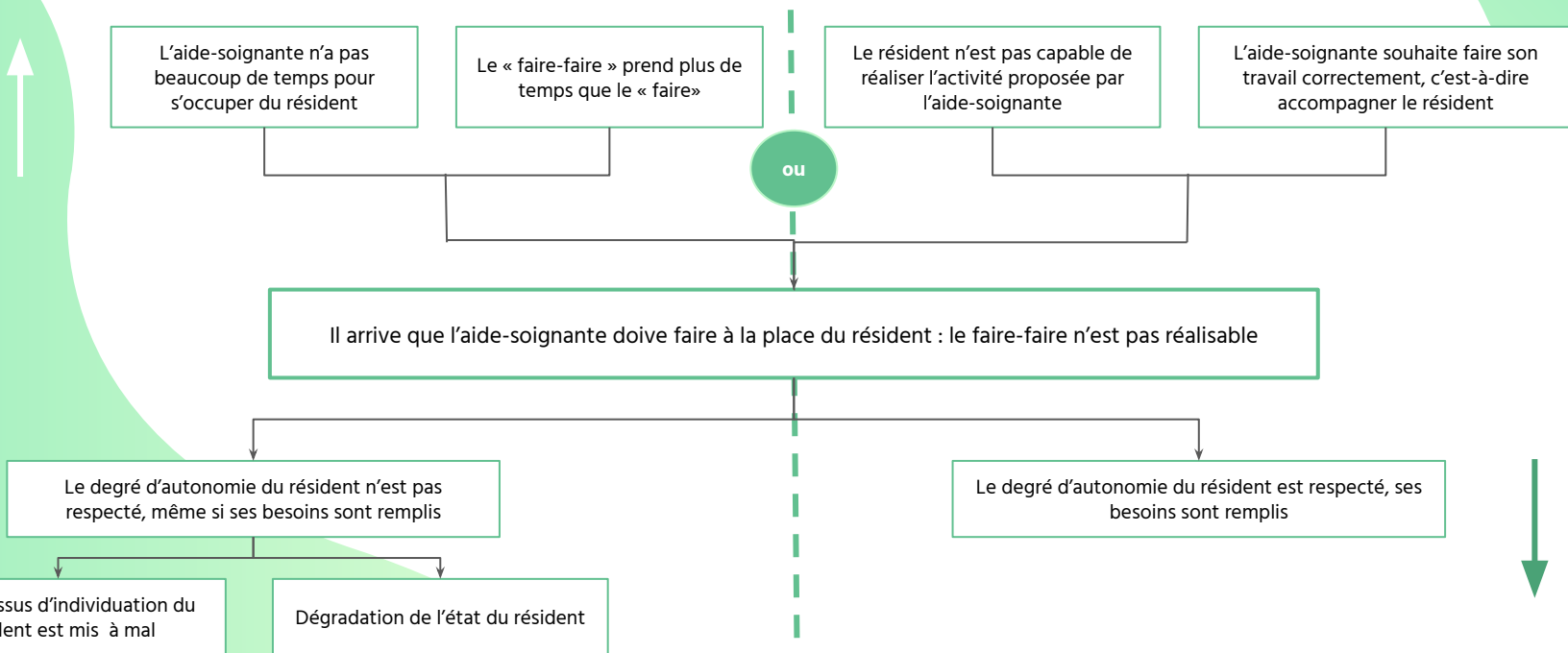
## Faire ou faire-faire : une adaptation aux facultés du résident

Enjeu : respecter l'autonomie du résident

→ Identifier les besoins et les capacités du résident

# Le «faire» : 2 explications possibles, et leurs conséquences

Causes



Conséquences

Problème !

## Faire ou faire-faire : une adaptation à l'état d'esprit du résident

Basculer du côté du *faire* = tomber dans *l'obligation*

Savoir-faire :

- Comprendre état d'esprit du résidents (petits gestes, grimaces, etc)
- Déterminer le *suffisamment* : le résident est réceptif, mais à quel point ?
  - Si résident encore réticent : conversation, « négociation », encouragement
  - Si les tentatives de l'aide-soignante échouent ⇒ abandonner ! (reporter, relayer)

Une certaine conception du métier : l'obligation serait synonyme de perte de sens au travail

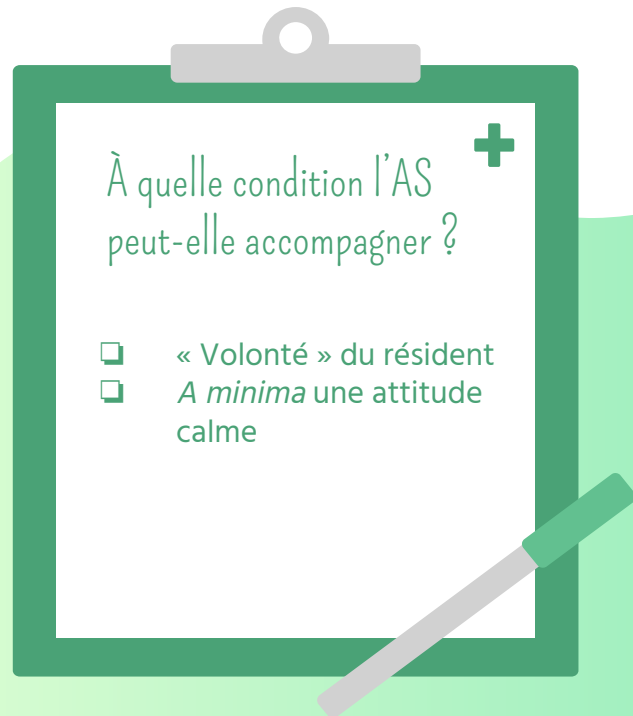
# Tomber dans le « faire » : est-ce réellement possible lorsque l'on accompagne des êtres humains ?

## Dans le métier d'aide-soignante, il y a toujours une partie de faire-faire

Quand il est question d'accompagner des êtres humains, on ne peut simplement pas faire sans eux

## ... Une recherche d'équilibre qui se heurte parfois à une limite

Si certaines activités sont systématiquement refusées par le résident, et que cela nuit à sa santé et son bien-être



On arrive à la tension suivante :

Assurer la réalisation de certaines  
activités primordiales



S'adapter à la volonté du résident, qui  
peut aller à l'encontre de ses besoins

Cadre de l'Ehpad : exigences réglementées

→ Mais importance centrale des aide-soignantes : garantes de la sécurité et santé des résidents

Équilibre introuvable ⇒ basculer dans le faire

**Une situation critiquée par les familles ?**



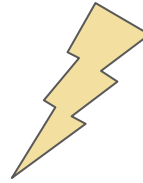
# Les familles en Ehpad : une méconnaissance du métier d'aide-soignante ?

Critiques des familles : « *Mon père n'a pas été douché ? S'il ne veut pas, vous n'avez qu'à l'obliger !* »

⇒ Quelle image de la prise en charge de la vieillesse ?

⇒ Qu'est-ce qui est vraiment essentiel dans l'accompagnement de ces personnes ?

# Industriel



# Humain

## Comment travailler au service de l'humain dans un univers rationalisé ?

EVALUATION DEPENDANCE/AUTONOMIE A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN

PATIENT(E) EXAMINE(E)  Monsieur  Madame

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Situation :  Chronique  Temporaire

REEMPLIR SUIVANT LES CRITERES CI-DESSOUS		S	T	H	C	A ou B ou C
S = spontanément T = totalement H = habituellement C = correctement Résultat = A si oui pour 4 adverbess B si oui pour 1 à 3 adverbess C si non pour tous les adverbess						
1	<b>Cohérence</b> : consenser et/ou se comporter de façon sensée					
2	<b>Orientation</b> : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux					
3	<b>Toilette</b> : concerne l'hygiène coporelle					
	HAUT					
	BAS					
4	<b>Habillage</b> : s'habiller, se déshabiller, se présenter					
	HAUT					
	BOUTONNAGE					
	BAS					
5	<b>Alimentation</b> : manger les aliments préparés					
	SE SERVIR					
	MANGER					
6	<b>Elimination</b> : assurer l'hygiène de l'élimination					
	URNAIRE					
	FECALE					
7	<b>Transferts</b> : se lever, s'asseoir, se coucher					
8	<b>Déplacements à l'intérieur du logement</b> Avec ou sans canne, déambulateur ...					
9	<b>Déplacements à l'extérieur du logement</b> A partir de la porte d'entrée sans aide					
10	<b>Communication à distance</b> : utiliser les moyens de communication (téléphone, téléalarme ...)					

Grille *Aggir* : estimation du degré de dépendance des résidents + estimation des financements alloués à l'Ehpad

Industrialisation // intensification du rythme de travail  
→ tension conjoncturelle à l'Ehpad : moyens limités (personnel)

⇒ Volonté d'avoir plus de temps pour les résidents  
Manque de temps pour entretenir la relation sociale → organisation industrielle favorise les tâches concrètes et tangibles

Travail dans une structure industrialisé

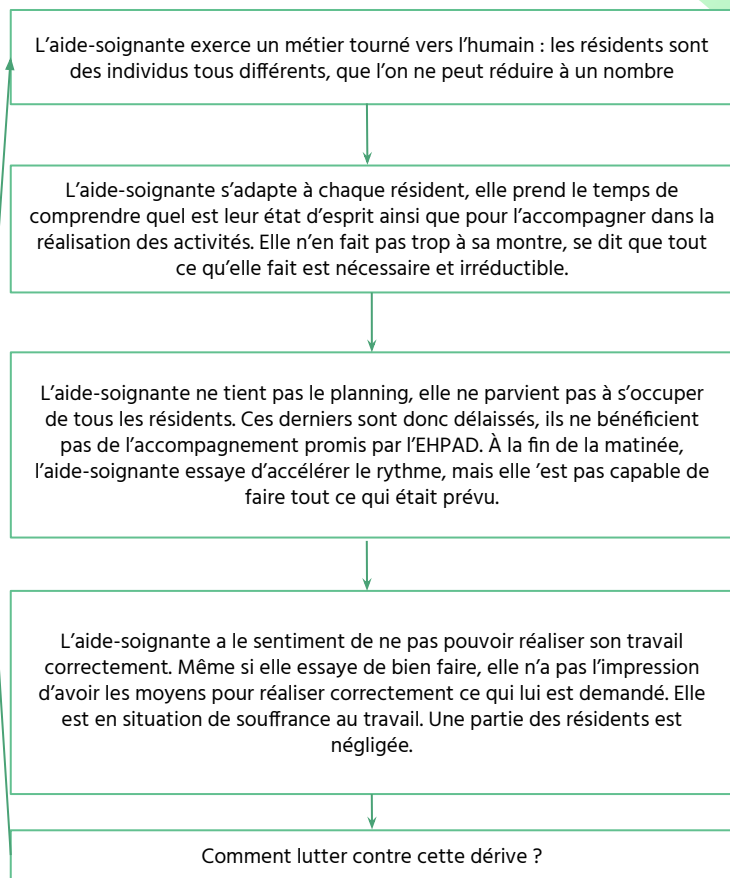
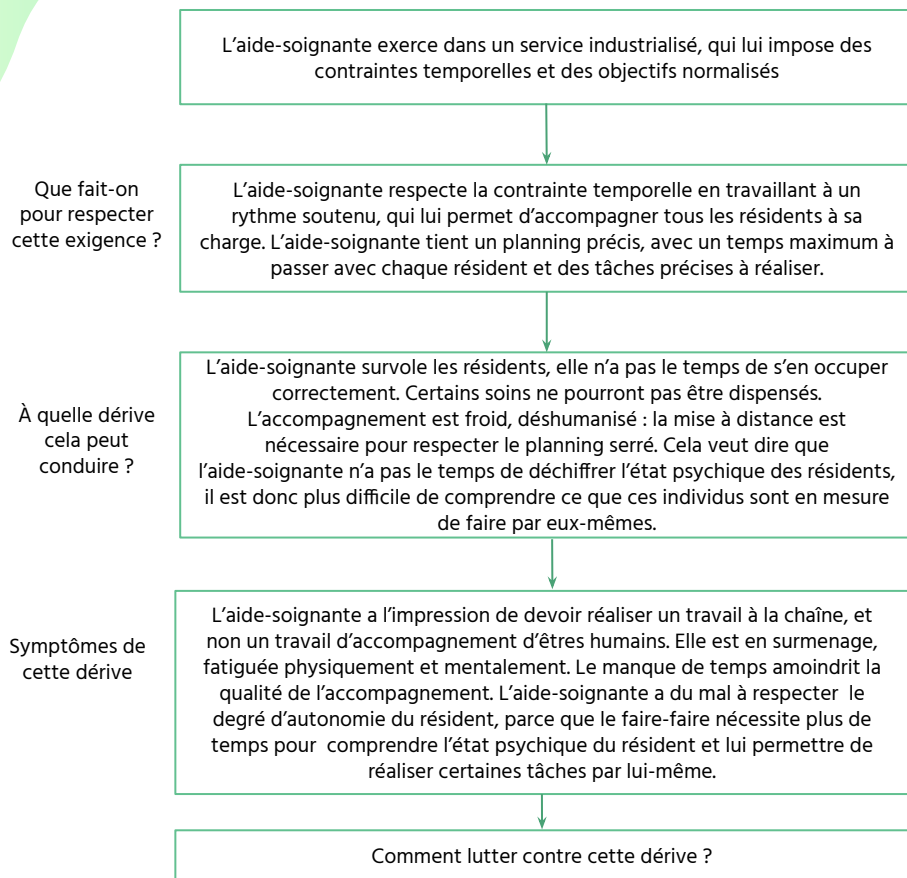


Travail au service de l'humain

# Service industrialisé



# Service pour l'humain



# Cette tension constitue l'essence même de l'Ehpad !

## Retour historique : Années 2000

Ehpad naît de la fusion entre :

- Hospices à vocation résidentielle et sociale (maisons de retraite)
- Institutions médicalisées de long séjour

Une médicalisation croissante qui s'est fait sentir par les professionnels

⇒ **2 univers contradictoires !**

Clinique  Domestique

**2 univers ⇒ 2 temporalités**

Le temps chronométré du soin  Le temps calme de la vie quotidienne

Les aide-soignantes se retrouvent au centre de ces deux exigences : elles incarnent cette tension !

# Des tentatives pour trouver l'équilibre entre standardisation et humain

**À échelle nationale** → une certaine compréhension des dérives possibles dans ce service industrialisé, retranscrite dans le droit

Lutte contre la déshumanisation de l'accompagnement → vers un accompagnement « personnalisé »

**Le projet personnalisé** : une réponse à cela (obligatoire depuis la loi du 2002-2)

Un document qui est censé encadrer le travail des aide-soignantes...

... mais qui a de nombreuses limites :

- À l'intention des aide-soignantes : pourtant connaissance fine des résidents
- Retranscrire la réalité, la subtilité des résidents : impossible
- Critères semblent légèrement aléatoires (pareil pour les moyens d'obtenir les informations)
- Résident en constant changement → et projet pas toujours mis à jour...  
(seulement 34 % des Ehpad réévaluent ce document)

Ce document ne pourrait résorber cette tension, ni rien d'autre d'ailleurs ⇒ seulement les aide-soignantes à travers leur travail

# La mort au travail

L'aide-soignante accompagne la fin de vie ( **82%** des résidents décèdent dans l'Ehpad).

La nécessité de **masquer** toute difficulté (sourire, entente avec les collègues, détachement de la vie personnelle) pour **alléger** les derniers instants de vie des résidents.

Une partie d'entre elles parvient à se forger une **carapace** contre toutes ces souffrances.



# Violence et maltraitance

Des **violences et maltraitements** envers les AS hebdomadaires :  
«Au moins une fois par semaine»  
\_ *Afi Amecy* \_

Des violences aux origines variées (**détresse**, maladie, etc.)

Malgré cela, **compassion et patience** chez les aide-soignantes.

**Jeu d'acteur** qui n'en est pas un.



# Gestion de l'attachement

Des violences **ponctuelles** et **normalisées**.

Un inévitable attachement qui prend fin au décès du résident.

Manifestation d'un **juste nécessaire**, à la recherche d'**équilibre** entre mise à distance et intimité.





# Une vision du vieillissement changée



Nombreux **enseignements** tirés de l'expérience du travail avec la fin de vie.

Développement d'une capacité à **relativiser**, de focalisation sur les **besoins essentiels**.

L'expérience de leur travail les **rassure**.

# Un constat : une méconnaissance du métier d'aide-soignante ?

- **Essayer de dépasser la tension industriel vs. humain** quand cela est impossible (tension essentielle à l'Ehpad)
- Ne pas comprendre que **l'aide-soignante, par son travail, trouve cet équilibre !** (si on lui donne les moyens, bien évidemment)

⇒ Finalement, **du mal à comprendre leur métier**

Le projet personnalisé en est un exemple, d'autres aussi comme le GMP :

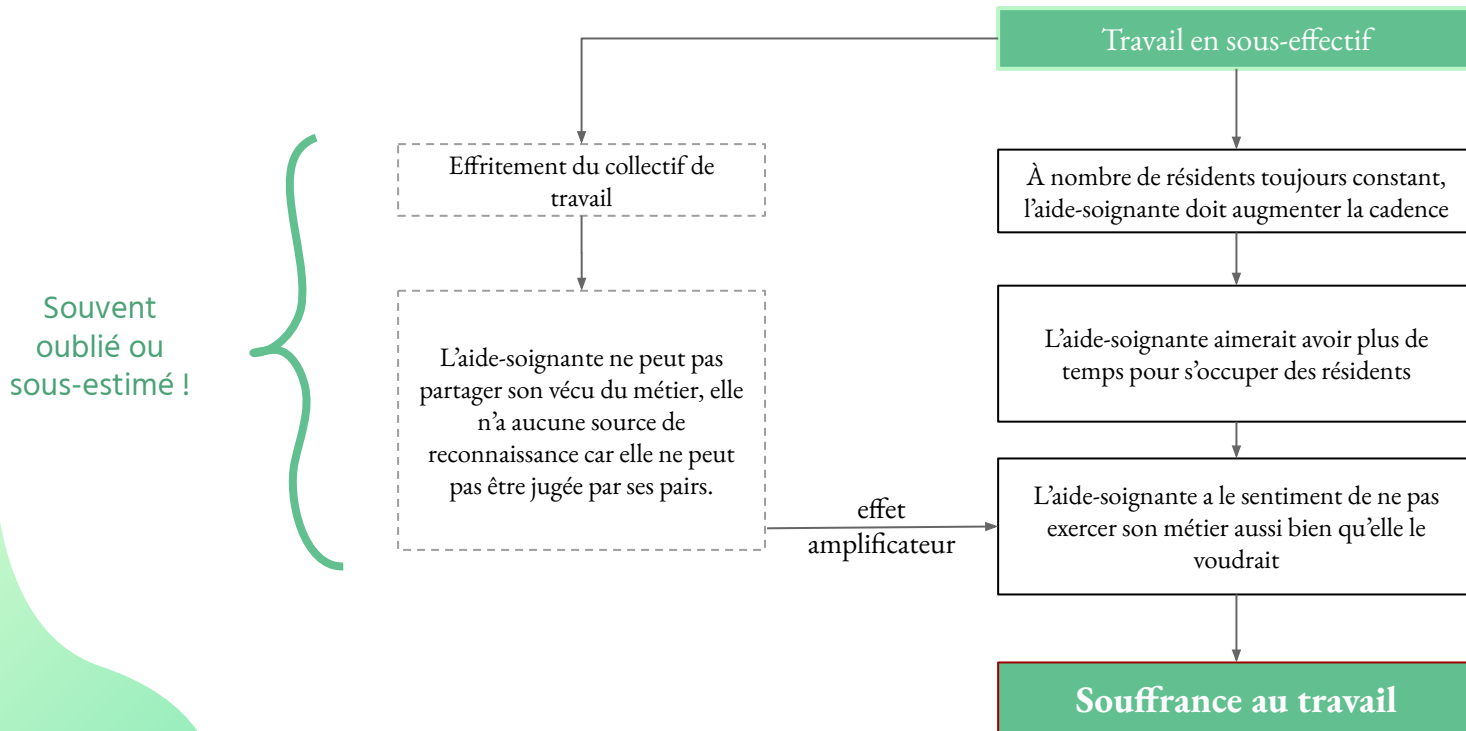
**Tableau A** • Besoins en soins de base et besoins en ETP selon le GIR, d'après la grille circulant parmi les professionnels

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

**Calcul des besoins de l'Ehpad (et des moyens pour les aide-soignantes) déconnecté du réel du métier !**

# Porter une attention particulière aux effectifs

Au-delà de la question du sous-effectif et de la maltraitance : l'importance du collectif de travail



## Des accompagnantes peu accompagnées :

Face à :

- La pression exercée par les structures (sous-effectif, profil de résidents toujours plus dépendants et complexes à prendre en charge)
- La mise à mal du collectif de travail et la perte de sens qui peut en découler
- La difficulté d'exercer dans un environnement parfois hostile, avec des problématiques complexes et une position délicate → risque psychologique (gestion de la mort, gestion des conflits avec les familles)

⇒ Besoin de plus d'accompagnement : aujourd'hui les aide-soignantes ne sont pas accompagnées par des psychologues (dans le privé ni dans le public)

Elles prennent en charge une partie de la société, on leur donne quoi en échange ?



# Merci

Place aux questions !