HAL
open science

Conflit éthique et conflits de temporalités : une approche ergonomique de la maltraitance en EHPAD

Antoine Bonnemain

To cite this version:

Antoine Bonnemain. Conflit éthique et conflits de temporalités : une approche ergonomique de la maltraitance en EHPAD. Autre. 2010. dumas-00655985

HAL Id: dumas-00655985

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00655985

Submitted on 11 Jan 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS

MEMOIRE DE MASTER 2 RECHERCHE

Mention : Ergonomie

Conflit éthique et conflits de temporalités : une approche ergonomique de la maltraitance en EHPAD

Antoine BONNEMAIN

Soutenance le 5 octobre 2010

Composition du jury :

Pierre FALZON, Professeur, CNAM

Françoise DECORTIS, Professeure, Université Paris VIII

Sophie PRUNIER-POULMAIRE, Maître de conférences, Université Paris X – Rapporteur

Christine VIDAL-GOMEL, Maître de conférences, Université Paris VIII – Directrice

Gaëtan BOURMAUD, Consultant en Ergonomie, AXErgonomie – Tuteur

Année universitaire 2009-2010

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble du personnel de l'EHPAD pour son investissement dans cette étude. Ils ont tous pris le temps qu'ils n'ont pas pour éclairer ma réflexion sur leur travail, et je les en remercie. J'espère que les réflexions tenues en groupe de travail et en comité de pilotage feront leur chemin dans l'institution, et au-delà.

Je remercie également Gaëtan Bourmaud pour sa confiance et pour les marges d'autonomie qu'il a su me laisser pour conduire à bien cette recherche. Merci également pour les moments de doutes partagés, qui ont favorisé la continuité de mon implication, même dans les « pires » moments.

Un grand merci à Christine Vidal-Gomel pour ses relectures multiples et ses conseils avisés, ainsi que pour la qualité et la rigueur de sa direction.

Je remercie aussi Pierre Contet, dont la présence m'a beaucoup aidée pour la réalisation de certaines observations « croisées » du travail des AS et des ASH. Merci aussi pour l'énorme travail de synthèse réalisé.

Je remercie Cathy Toupin pour ses remarques lors des séminaires et pour les discussions diverses que nous avons partagées. Je remercie également Liliana Rico Duarte pour ses apports en psychologie cognitive sur le thème de la dépendance.

Mes remerciements vont également à l'ensemble de mes camarades de promotion, avec lesquels j'ai eu quelques occasions de partager mes réflexions et mes avancées.

Enfin, je remercie Laure pour sa relecture précise et utile du document, et pour ses remarques sur la forme. Elles révèlent bien souvent des questions fondamentales qui interrogent le fond.

Introduction 6

CONSTRUIRE UN POINT DE VUE SUR LA MALTRAITANCE EN EHPAD : CADRE THEORIQUE 8

1. **Evolution de la dépendance et impact sur les conditions de travail en EHPAD** 8
2. **Le conflit éthique comme dimension des risques psychosociaux** 9
   - 2.1. Définitions des risques psychosociaux 10
   - 2.2. Positionnement du conflit éthique et de ses conséquences : la « souffrance éthique » 11
   - 2.3. Règles de métier, règles éthiques et conflit éthique 13
3. **Les conflits de temporalités : un prolongement de la notion de contrainte temporelle** 15
   - 3.1. Cadre théorique de référence 15
   - 3.2. Résoudre le conflit : apports et limites de la régulation 18
   - 3.3. La souffrance éthique comme résultat 20
4. **Le service à la personne** 22
   - 4.1. Généralités : approche ergonomique des activités de service 22
   - 4.2. Le care professionnel ou le travail invisible de l'attention portée à l'autre 24
5. **La maltraitance** 25
   - 5.1. Généralités : « A partir de quand ce qu'on fait c'est de la maltraitance ? » 26
   - 5.2. Vers la construction d'un point de vue ergonomique de la maltraitance 27

CADRE METHODOLOGIQUE 29

1. **Présentation de l'EHPAD** 29
   - 1.1. Structure et historique 29
   - 1.2. Une population de résidents fortement dépendants 30
   - 1.3. La population des soignants et les indicateurs de santé 33
2. **Travail prescrit et organisation du service « soin »** 36
3. **Contexte de la recherche : la demande sociale et sa reformulation** 37

3.1. La demande d'intervention 37

3.2. Construction de l'intervention 38

Le comité de pilotage 38

Les groupes de travail 38

4. **Filmer le travail, un outil pour la compréhension de l'activité. Apports, limites et statut de la vidéo pour la recherche** 39

5. **La méthode d'autoconfrontation collective : un outil au service de l'intervention et de la question de recherche** 41

6. **Recueil de données** 43

ANALYSES ET RESULTATS 45

1. **Description des stratégies de régulation identifiées** 45

1.1. Les stratégies par répartition des tâches 45

1.1.1. Organisation des réveils des résidents 45

1.1.2. Répartition informelle des tâches entre les AS et ASH pour répondre aux conflits temporels : l'exemple du débarrassage des petits-déjeuners. 49

1.1.3. L'aide à la réalisation des tâches difficiles : exemple d'un conflit avec une résidente lors d'une douche 52

1.1.4. Répartition du ménage dans les chambres sur plusieurs jours consécutifs 54

1.2. **Les stratégies en temps partagé** 56

1.2.1. Le temps partagé lors de la réalisation de la toilette 56

1.2.2. Le travail en temps partagé : exemple de l'activité de préparation du petit déjeuner 59

2. **La place de la relation soignant/résident dans l'activité de travail en EHPAD** 61

3. **Modélisation des déterminants et des effets des stratégies de régulation** 63

DISCUSSION 64

1. **Limites : l'effet des stratégies de régulation sur la préservation de la santé** 64

2. **L'autoconfrontation collective comme moyen de recherche et d'action** 65

3. **Quelques remarques sur le travail de care en EHPAD** 65

3.1. En quoi ces stratégies constituent un travail de care ? 65

3.2. L'absence de cadre à la construction des règles éthiques, un risque pour la santé du personnel soignant 66

3.3. La place et la fonction du résident comme objet du travail 67

4. **La maltraitance du point de vue du travail : tentative de caractérisation** 69

4.1. La maltraitance s'inscrit dans un contexte organisationnel particulier 69

4.2. La maltraitance comme signe d'un échec à la régulation 70

4.3. La maltraitance résulte d'un conflit entre des buts antagonistes appartenant à différents pôles de l'activité de service 70

5. **Quelques éléments sur l'évaluation de l'autonomie des résidents : perspectives de recherche** 71

Conclusion 71

Bibliographie 73

ANNEXES 79

Annexe 1 : Evaluation de la dépendance AGGIR et exemple 79

Annexe 2 : Horaires de travail prescrits – Equipe du matin (6h30 – 14h15) 83

Annexe 3 : Feuille de coordination entre ASH – Activité de ménage 84

Introduction

Cette recherche, centrée sur les dimensions temporelles de l'activité de travail des Aides soignantes (AS) et Agents de Services Hospitaliers (ASH) trouve sa justification théorique par la similitude des constats qui peuvent être faits sur le terrain aux travers des études scientifiques déjà réalisées. En effet, la dimension temporelle de l'activité constitue une contrainte déterminante pour la compréhension de l'activité de travail du personnel de soin et de ses conséquences sur la santé (Cloutier, David, Teiger, & Prévost, 1999 ; Teiger, Cloutier, & David, 2005 ; Cloutier, & Dubucs, 1994). L'activité de service en EHPAD ne déroge pas à ce constat. Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une intervention ergonomique menée par un cabinet conseil, dont le pré-diagnostic souligne l'effet des contraintes temporelles sur la santé du personnel soignant.

Nous avons donc cherché à mieux comprendre ce qui, dans la contrainte temporelle, peut être investigué. Les résultats de cette investigation pourraient constituer un outil pour penser l'organisation du travail dans ces établissements.

Par ailleurs la question de la maltraitance se trouve aujourd'hui au centre de toutes les préoccupations. Chercher à comprendre ce qui, dans l'activité de travail en EHPAD, empêche ou au contraire favorise la construction de la santé ne peut se faire sans discuter de la maltraitance. La tendance générale est de positionner la maltraitance du personnel soignant envers les résidents de l'institution du côté des caractéristiques individuelles des opérateurs. Ainsi, maltraiter, c'est avoir perdu ce qui nous avait au départ rallié aux valeurs de métier, c'est aller à l'encontre de la morale instituée et des valeurs fondamentale du secteur professionnel. Dans cette perspective, le « remède » est individualisant. Les pistes d'action se situent du côté du sujet : il faut lui apprendre à « respecter » les valeurs portées par l'institution.

Investiguer la question de la temporalité de l'activité de travail en EHPAD revient également à montrer, du point de vue ergonomique, comment les opératrices font face aux différentes exigences contradictoires et comment elles régulent leur activité pour établir les meilleurs compromis entre leur propre santé, celle des résidents, et les objectifs qu'elles doivent atteindre. Cette vision des liens entre organisation et action constitue une passerelle vers une explicitation différente des comportements maltraitants. De notre point de vue, la maltraitance n'est pas uniquement une question d'individu, mais aussi une question organisationnelle, une question de marges de manœuvres. Faire face aux exigences contradictoires peut parfois s'exprimer par le choix d'un compromis ayant un impact sur le résident et pouvant facilement être assimilé à un acte de maltraitance, évacuant dès lors toutes les questions fondamentales sur les conditions externes favorisant l'apparition de cet acte. Dans l'EHPAD ayant permit le recueil de données, les opératrices, aides soignantes et agents de service hospitalier, sont souvent accusés de maltraitance par

l'encadrement, mais aussi par les autres services qui ne sont pas au contact direct des résidents. La question de la régulation des conflits de temporalités constitue alors un élément qui doit être mis en lien avec la maltraitance.

Par ailleurs, certaines verbalisations ont orienté notre travail dès le début de l'étude :

AS : « Quand on est que quatre on fait comme le week-end : Deux Aides Soignantes (AS) au niveau 2, une aide soignante, un Agent de Service Hospitalier (ASH) au niveau 3 et une AS, une ASH au niveau 1… c'est vrai qu'on essaye d'avancer un maximum mais on va pas… bien s'en occuper d'eux … je suis franche avec vous hein… on a pas le temps de… je veux dire quand on est en nombre ça va on peut bien s'en occuper euh… on peut les laver… c'est vrai qu'après… quand on se retrouve à quatre… ».

C'est dans ce contexte que le thème de recherche s'est naturellement orienté vers l'explicitation des différentes temporalités en jeu dans l'activité de travail, pour permettre à la fois de mieux comprendre comment les opératrices font face aux situations sous forte contrainte temporelle, pour distinguer ces situations entre elles, et pour chercher à mieux expliciter les difficultés qui peuvent en résulter et qui sont souvent comprises sous l'angle de la maltraitance, sans tenir compte de ce qui, dans l'activité, les amène à faire des compromis.

Ce mémoire vise donc deux objectifs. Premièrement, on cherchera à montrer, en décrivant les stratégies de régulations des AS et ASH face aux conflits de temporalités qu'elles rencontrent, que les compromis établis trouvent parfois leurs limites et que cela peut se répercuter sur leur propre état de santé sous la forme de « souffrance éthique », terme que nous discuterons, ainsi que sur celui des résidents de l'EHPAD. Deuxièmement il s'agira d'investiguer la maltraitance du point de vue de l'organisation du travail pour montrer en quoi on peut penser qu'elle n'est pas forcément le fruit de la malveillance des individus.

Nous décrirons dans un premier temps le cadre théorique ayant servi de base aux orientations prises par l'étude et à l'analyse des résultats. Dans un deuxième temps, nous présenterons la construction méthodologique réalisée pour permettre le recueil de données sur le terrain. Les résultats seront présentés ensuite. Nous y décrirons les stratégies de régulation mises en place par les opératrices pour faire face aux conflits de temporalités, mais également pour répondre à d'autres objectifs que nous préciserons. Nous discuterons enfin des différentes perspectives et limites de ce travail de recherche.

CONSTRUIRE UN POINT DE VUE SUR LA MALTRAITANCE EN EHPAD : CADRE THEORIQUE

Le cadre théorique de notre recherche sera développé autour de cinq axes principaux. Dans un premier temps nous tenterons d'établir une vision globale des problèmes liés à la dépendance en France. Nous verrons notamment que l'accroissement des personnes âgées dépendantes entraîne une modification des conditions de travail dans les institutions spécialisées, comme les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cette évolution s'accompagne d'un certain nombre de difficultés supplémentaires que le personnel de soin doit gérer au quotidien. Nous discuterons ensuite des atteintes à la santé que ces évolutions peuvent entraîner. Nous nous intéresserons ici au « conflit éthique » et à la « souffrance éthique ». La troisième partie du cadre théorique présentera le cadre d'analyse de la contrainte temporelle que nous avons retenu pour expliciter les liens entre le conflit éthique et les conflits de temporalités. Nous verrons que lorsque les conflits temporels ne peuvent plus être pris en charge par les opérateurs, il peut y avoir un risque de conflit éthique. La quatrième partie présentera le cadre théorique relatif aux activités de service, dans lequel on peut inscrire l'activité de soin en EHPAD. Enfin nous discuterons dans la dernière partie des liens entre l'ensemble des éléments décrits précédemment et la notion de maltraitance : nous chercherons, tout au long de ce mémoire, à construire un point de vue « ergonomique » sur la maltraitance, comme indicateur d'un dysfonctionnement organisationnel.

1. Evolution de la dépendance et impact sur les conditions de travail en EHPAD

Cette partie se propose d'établir une vision globale du secteur du soin en maison de retraite, à partir à la fois des statistiques disponibles, et à la fois des études ayant déjà été menées en sciences sociales dans ce secteur.

Le vieillissement de la population est souvent regardé, en sciences sociales, sous l'angle de son impact sur les actifs et leurs conditions de travail : intensification, précarisation, etc. Mais dans le secteur du soin aux personnes âgées, ce vieillissement impacte aussi une catégorie de personnel bien ciblée, qui travaille en maison de retraite ou qui remplit une fonction d'aide à domicile. En effet, ce vieillissement s'accompagne d'une augmentation des personnes âgées dépendantes, lesquelles s'orientent alors dans certains cas (lorsque la personne ne peut être maintenue à son domicile) dans une structure permettant leur prise en charge comme les EHPAD. De 800 000 aujourd'hui en France, le nombre de ces personnes dépendantes pourrait croitre de 14% à 31%, selon l'hypothèse que l'on considère, d'ici à 2020 (Kerjosse, 2003, cité par Avril, 2006). De plus, à partir de 2030, cette croissance risque de s'accélérer, dès lors qu'une majorité de « baby-boomers » auront plus de 80

ans. C'est ainsi que, selon l'hypothèse que l'on retient, à l'horizon 2040, la part des personnes dépendantes pourrait augmenter de 32% à 79% (Kerjosse, 2003, cité par Avril, 2006).

On comprend dès lors que l'étude des secteurs professionnels prenant en charge les personnes âgées dépendantes constitue (ou devrait constituer) une préoccupation majeure. Car si la population vieillie, ce phénomène s'accompagne également d'une augmentation du nombre de démences chez les personnes de 60 ans et plus[1] et donc d'une augmentation des personnes dépendantes, prises en charge par les établissements spécialisés. En effet, les maladies neuro-dégénératives sont à l'origine de 70% des placements en institutions (APA)[2].

Les moyens mis en œuvre pour anticiper et accompagner ces évolutions semblent insuffisants : le plan solidarité – grand âge mis en œuvre en 2007 favorise le financement solidaire de la dépendance et la recherche médicale sur les effets des maladies neuro-dégénératives (Blondet, 2008). Pour autant, les milieux de travail restent en dehors des innovations légales et des plans d'actions puisque seules les causes des maladies sont appréhendées, en amont des difficultés rencontrées par les soignants et le personnel des institutions.

Les études, notamment en sciences humaines, se sont multipliées pour montrer que l'accompagnement de cette évolution démographique ne pouvait faire l'impasse sur l'évolution conjointe des conditions de travail du personnel soignant (Fourcade, 2005 ; Rivault, 2004 ; Dujarier, 2002 ; Avril, 2006 ; Causse, 2004 ; Douguet, 2003). Ces évolutions des conditions de réalisation du travail s'accompagnent d'un risque accru pour la santé des opérateurs qui doivent faire face à la multiplication des difficultés dans leur activité de travail. Davezies (2000) indique à ce propos que « Réorganisation, intensification, politique de communication et atteintes à la santé vont alors de pair » (p.1). La santé des sujets peut alors être impactée de différentes façon : troubles musculo-squelettiques, souffrance psychique, dépression, etc. La littérature en ergonomie et en psychologie du travail nous offre un panel intéressant d'études réalisées sur les questions de santé au travail, en tentant systématiquement de rechercher ce qui, dans l'activité même, peut être source de pathologie. La partie suivante présentera la notion de risques psychosociaux (RPS) et de conflit éthique, ayant constitués la base de notre réflexion sur les atteintes à la santé en EHPAD.

2. Le conflit éthique comme dimension des risques psychosociaux

Nous donnerons dans un premier temps quelques définitions des risques psychosociaux. Nous verrons ensuite la place du conflit éthique dans les facteurs de risques associés à la souffrance au travail. Nous aborderons enfin les liens entre conflit éthique et règles de métier.

[1] Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, *Plan solidarité – Grand âge, 27 juin 2006.*
[2] Ibid.

2.1. Définitions des risques psychosociaux

Le terme « risque psychosocial » recouvre aujourd'hui un ensemble de définitions hétérogènes. Le ministère du travail en fait cette description :

« [Les risques psychosociaux] recouvrent des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés. Ces risques peuvent entraîner des pathologies professionnelles telles que des dépressions, des maladies psychosomatiques, des problèmes de sommeil, mais aussi favoriser des troubles musculo-squelettiques (TMS), des maladies cardiovasculaires, voire entraîner des accidents du travail. L'origine des risques psychosociaux est multifactorielle et il existe plusieurs modèles d'analyses de ce déséquilibre, et les facteurs les plus souvent cités sont liés : au contenu du travail à effectuer (monotonie, surcharge ou sous-charge de travail) ; à l'organisation du travail (rythme, exigences contradictoires, absence d'objectifs) ; aux relations de travail (manque de soutien, reconnaissance) ; à l'environnement physique (bruit, chaleur, manque d'espace) ; à l'environnement socioéconomique (concurrence, incertitude sur l'avenir de l'entreprise) ».

Cette définition, bien qu'utile pour cerner la notion, est plutôt généraliste et semble manquer de précision pour le thème qui nous intéresse. Elle regroupe l'ensemble des risques professionnels et ne permet pas de distinguer ce qui fait la différence entre le risque psychosocial, et les autres types de risques.

En ergonomie, Rabardel (2009), à la suite de Davezies, propose de qualifier les risques psychosociaux comme étant « liés aux rapports antagonistes entre d'une part les exigences de la vie psychique, de l'activité et du développement humain et d'autre part les contraintes d'organisation, de fonctionnement et d'évolution des situations et des milieux de travail. » On retrouve ici l'idée de « conflit », que nous chercherons à développer tout au long de ce mémoire.

Comprendre ce qui, dans l'activité de travail des AS et ASH, est de l'ordre de la régulation des conflits de temporalités, c'est finalement chercher à mettre en lumière les contraintes d'organisations qui peuvent affecter le développement des opératrices dans leur travail, et donc la construction de leur santé. Mais c'est également mettre en valeur ce qui est mis en œuvre de manière individuelle et collective pour répondre et tenter de résoudre ces conflits. Nous faisons l'hypothèse que c'est lorsque les conflits ne peuvent plus être pris en charge par les opérateurs, individuellement ou collectivement, et lorsque l'activité est empêchée, qu'il existe un risque de souffrance éthique. Nous développerons cette dernière notion dans la partie suivante.

2.2. Positionnement du conflit éthique et de ses conséquences : la « souffrance éthique »

La notion de conflit de valeur, ou conflit « éthique », est relativement peu développée dans le champ de l'ergonomie. Pour autant, elle tend à prendre une place importante dans la question des risques psychosociaux, puisqu'elle en serait une des dimensions essentielles (Gollac, 2009). Selon le rapport de la commission d'experts mandatée par le ministère du travail, « l'analyse des facteurs à l'origine de la prévalence élevée de détresse psychologique chez certaines catégories de personnel oblige à considérer une autre dimension de la souffrance du personnel, celle de la souffrance éthique. » (Gollac, op. cit., p.17). Deux indicateurs sont associés à cette dimension encore peu prise en compte : 1) le fait de faire dans son travail des choses que l'on désapprouve et 2) ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité.

Vézina (2008) a définit cette notion suite à une enquête effectuée auprès du personnel d'organismes communautaires. Il note que « compte tenu de l'importance de la détresse psychologique des travailleurs et des travailleuses communautaires observée dans cette enquête et de la relative faiblesse des expositions aux facteurs toxiques précédemment mentionnés, il convient de pousser l'analyse plus loin, notamment du côté d'une dimension peu documentée de la souffrance du personnel en relation d'aide, soit celle de la souffrance éthique. » (Vézina & al. 2008). Il fait donc le constat, comme le mentionne le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, que chez certaines catégories de personnel les dimensions habituellement investiguées (exigences psychologiques, soutien social, autonomie, reconnaissance), issues des modèles développés par Siegrist (1996) et Karasek (1979), ne suffisent pas à expliquer la souffrance vécue par les salariés.

La souffrance éthique est définie comme « un ressenti douloureux qui survient lorsque le travailleur se trouve confronté à l'impossible arbitrage entre d'une part, ce que sa conscience professionnelle lui dicte de faire en fonction des exigences de la situation et, d'autre part, ce que les ressources dont il dispose lui permettent de faire. La notion de ressources couvre ici non seulement les personnes sur qui il peut compter ou encore le matériel mis à sa disposition, mais également le temps qu'il faut pour faire un travail de qualité, c'est-à-dire un travail qui respecte les normes professionnelles ou les règles de métier en pareilles circonstances. » (Bourgeois & al., 2008, p. 8).

Pour Dejours (1998), la souffrance éthique désigne des situations où les opérateurs répondent à une prescription en réalisant de façon explicite des tâches immorales dont les conséquences sont clairement nocives pour autrui. La souffrance éthique intervient lorsque le sujet exécute des ordres que pourtant il réprouve parce qu'ils ont, ou auront, un effet négatif sur l'affect des « victimes » de ces actes (désarroi, souffrance, angoisse, désespoir, etc.). C'est ce que C. Dejours qualifie de « sale boulot », à la suite de Hugues (1996, cité par Molinier, 2008) pour désigner les tâches « ingrates »

que certains opérateurs doivent réaliser, au détriment de leurs valeurs morales, ou des valeurs morales du métier et du collectif de travail. Le secteur du soin aux personnes âgées est par ailleurs considéré historiquement comme contenant un grande part de « sale boulot », c'est-à-dire de tâches ingrates (Causse, 2004 ; Arborio, 2001).

Pourtant les tâches répertoriées dans le « sale boulot » ne sont pas toutes des tâches moralement condamnables (Molinier, 2008), ni n'entraînant nécessairement de souffrance éthique chez les opérateurs. En réalité, certaines pratiques qui pourraient être moralement condamnables sont cautionnées par les travailleurs eux-mêmes. Nous citerons à ce propos la réflexion de deux aides soignantes de l'EHPAD :

AS1 : « La dernière fois, on a emmené le résident de force pour faire sa douche, mais il fallait bien parce après les autres se plaignent… le résident sent trop mauvais… et même pour nous c'est pas évident… »

AS2 : « En fait je crois que la maltraitance c'est… à partir de quel moment on peut dire que ce qu'on fait c'est de la maltraitance ? »

Le fait de forcer un résident à prendre une douche est un acte moralement condamnable, vu de l'extérieur, du point de vue de la morale « sociale ». Les valeurs de l'institution portent l'idée forte du centralisme du résident : « le résident est au centre », le « forcer » constitue dans ce cadre la dérive des opérateurs à la règle originelle de l'institution. Pourtant, selon les situations cet acte vise à la fois le maintien de la santé du résident, et à la fois le confort et le bien être des autres résidents, ainsi que du personnel d'une manière générale. En ce sens, « forcer une douche » peut devenir le critère de la qualité du travail réalisé, du point de vue des opérateurs.

Par ailleurs, ces questions reviennent régulièrement dans les travaux relatifs à l'étude du travail humain, particulièrement dans les activités de services, où l'homme constitue l'objet de travail des opérateurs. Clot (2006a) indique que « cet objet singulier de travail qu'est un sujet humain intensifie les questions sur le travail lui-même et ses fins. Les "problèmes de conscience" grandissent, la responsabilité endossée en première ligne est celle d'une activité où "bien faire" et "faire le bien" peuvent devenir antagonistes dans le moindre geste » (p.10). Et dans ce cadre, le rôle du collectif de travail devient primordial pour rediscuter et redéfinir en permanence les règles éthiques du métier, et en définitive, ce qui peut ou non être accepté. Hugues (1996, cité par Clot, 2006a) nous rappelle à cette occasion que « servir s'oppose à desservir et que la frontière qui les sépare est mince, indistincte et mouvante » (p.11). L'éthique de métier peut donc être ouverte à la controverse pour permettre l'établissement de règles relatives au travail réel des opérateurs, et non relatives à une morale instituée de l'extérieur.

L'exemple que nous proposions plus haut permet d'introduire le lien qui existe entre la maltraitance, telle qu'elle peut être perçue du point de vue social et de la morale, et le care, comme travail invisible de l'attention portée à l'autre (Molinier, 2010). En définitive, « forcer un résident » peut revenir à « prendre soin de lui » dans un collectif de métier, ou revenir à le « maltraiter », selon le point de vue qu'on choisi d'adopter.

Molinier (2005) pointe l'importance de ces questions éthiques dans le travail des infirmières et des aides soignantes : « Que faut-il faire quand on retrouve deux vieilles dames tous les matins dans le même lit ? Faut-il tolérer qu'un patient boive en cachette ? Ce patient mourant préfère fumer plutôt que de s'alimenter. Va-t-on lui accorder ce dernier plaisir ? Ou bien va-t-on céder à sa famille qui, refusant l'imminence du décès, exige des aides soignantes qu'elles confisquent les cigarettes et le contraignent à manger. » (p. 307).

Ces différentes perspectives issues de la littérature indiquent que le temps disponible pour réaliser son travail constitue une ressource. Par ailleurs le travail de qualité est définit ici comme celui qui respecte les règles de métier. La partie suivante présentera les éléments théoriques relatifs à cette notion, et leurs liens avec le conflit éthique dans le travail.

2.3. Règles de métier, règles éthiques et conflit éthique

Nous décrirons dans cette partie comment l'éthique de métier, reflétée par les règles de métier, peut se trouver confrontée à l'éthique de l'organisation, et entrainer l'apparition de conflits éthiques, risques pour la santé des opérateurs.

Les travaux de D. Cru (1987, 1995) sur les tailleurs de pierre montrent comment quatre règles constituent le centre de la pratique professionnelle. Elles ne sont pas toutes explicites. Ainsi l'auteur décrit « la règle d'or » qui consiste à « terminer le caillou », « la règle de l'outillage » qui implique que chacun sur le chantier travaille avec ses propres outils, « la règle du temps » permettant de ne pas se précipiter et « la règle du libre passage » sur le chantier, chacun pouvant alors se déplacer librement sur l'ensemble du chantier.

Ces règles peuvent être classifiées selon une typologie particulière présentée par P. Molinier (2008). Elles peuvent être « techniques », « sociales », « langagières » ou « éthiques ». L'auteur indique que les règles éthiques « fixent ce qu'il est juste de faire ou ce qu'il n'est pas juste de faire » (p. 122). Plus loin elle précise que « le travail peut être efficace tout en n'étant pas compatible avec la rationalité morale pratique, savoir si ce qu'on fait est bien ou non, juste ou injuste, cela se discute » (p. 123). En ce sens, le collectif est primordial à l'instauration et à la construction de règles qui justement fondent ce collectif. Elles sont le « ciment » du collectif de travail comme communauté professionnelle. De plus, favoriser la construction et l'entretien de ces règles, « cela se

discute ». La position de l'ergonomie serait alors de favoriser ces discussions collectives et ces débats de règles au sein du collectif.

A propos de la construction des règles de métier dans une maison de retraite, Molinier (2006) note que « c'est aussi grâce à la délibération que les infirmières et les aides soignantes se prémunissent de glisser de façon incontrôlée sur la pente de la transgression et de ses ambigüités. La reconnaissance des pairs se déploie dans l'exercice même de cette communauté de sensibilité, par la médiation des récits qui la constitue comme telle et à travers lesquels ne cessent de s'élaborer les règles de métier qui permettent d'arbitrer ce qui appartient ou non au "bien travailler". » (p.307).

Cette reconnaissance par les pairs ne constitue pas la seule reconnaissance possible au travail. Clot (2006b, 2008, 2010) décrit le concept de genre professionnel, qu'il définit comme « un corps d'évaluation communes qui règlent l'activité personnelle de façon tacite » (2006b, p.34). Il est le « sous entendu » de l'activité, il décrit ce que les sujets peuvent et ne peuvent pas faire, sans le dire de façon explicite. Clot (2008) relie à cette perspective celle de la reconnaissance au travail. Il précise ainsi que « quand le genre professionnel […] est maltraité, les travailleurs ne se reconnaissent plus dans ce qu'ils font. » (p.256). La reconnaissance peut donc se jouer à la fois entre le sujet et ses pairs, mais également entre le sujet et son métier. Elle est ici tournée vers le métier, et plus uniquement vers les collègues et la hiérarchie.

Pour Molinier (2006), la reconnaissance au travail se réalise à travers la construction des règles de métier. Clot (2008) tente d'élargir ce point de vue à l'aide du genre professionnel, qui introduit l'histoire des règles construite à travers le temps, pour ajuster l'action individuelle et collective aux évolutions du métier et de son contexte. Dans les deux cas, c'est la qualité du travail qui est discutée. La construction des règles, notamment les règles éthiques, vise à définir la qualité du travail, le travail « bien fait ». Lorsque cette définition issue d'une construction collective de métier se confronte ou s'oppose à celle issue de l'encadrement, nous considérons qu'il y a un risque de conflit éthique.

En effet, les règles de métier font partie d'un type particulier de connaissances construites par les opérateurs eux-mêmes. Daniellou (2008), indique que d'autres logiques entrent en jeu au sein des organisations, notamment celle des connaissances par le concept (Schwartz, 2000, cité par Daniellou, op. cit.), c'est-à-dire la connaissance issue des ingénieurs, techniciens des méthodes, etc. Il indique que « Ces travailleurs-là sont porteurs de la connaissance de l'universel, des règles générales, qui permettent de concevoir les situations de travail, d'anticiper dans une certaine mesure les modes opératoires, de calculer des temps de réalisation théoriques. » (p.6). Cette nécessaire confrontation de logiques entraîne pourtant un ensemble de difficultés inhérentes à leur articulation. Dans le travail des AS et ASH en EHPAD, c'est la logique de cure d'une part, et celle de care d'autre part qui sont bien souvent

au cœur des conflits. Ainsi par exemple, les règles de métiers vont parfois se confronter aux paradoxes des règles instituées par les acteurs de l'organisation. De ce point de vue, les règles éthiques de métier peuvent entrer en conflit avec les règles éthiques de l'organisation. Mais il faut préciser : il n'est pas question d'indiquer ici que les règles instituées par les acteurs de l'organisation sont de « mauvaises » règles, ni même qu'elles sont « fausses » ou inadaptées. Car en réalité, elles sont issues d'une certaine logique qui se justifie de son propre point de vue et dans son propre contexte. Ce qui se joue dans la confrontation, c'est le conflit des deux logiques entres elles, l'une issue de la pratique et de l'action, l'autre issue de la « connaissance de l'universel » (Schwartz, 2000, cité par Daniellou, op. cit.). Il ne s'agit pas tant de modifier ces logiques, que d'accompagner leur articulation.

Le conflit éthique est directement lié à ces questions de confrontation de logiques, notamment dans notre cas, entre les règles éthiques issues du collectif de travail, et les règles instituées par les acteurs de l'organisation du travail (encadrement, direction, médecin, etc.). Nous verrons que certaines stratégies mises en place par les AS et ASH révèlent des conflits éthiques, signe d'une confrontation de logique entre la prescription telle qu'elle est conçue et les règles de métiers construites par le collectif de travail. La partie suivante présentera la notion de conflit de temporalités, justifiant la nécessité pour les opératrices de mettre en place des stratégies de régulation.

3. Les conflits de temporalités : un prolongement de la notion de contrainte temporelle

Nous avons vu que la contrainte temporelle constitue un déterminant majeur de l'activité de travail en EHPAD. Pourtant, comme nous le postulons dans ce mémoire, selon les situations, cette contrainte se différencie par son contenu. En ce sens, la contrainte temporelle amène un ajustement des opératrices, lui-même déterminé par le contenu de cette contrainte. On établi ainsi des compromis selon les différentes dimensions en jeu : ajustement pour terminer la tâche à temps, ajustement pour favoriser malgré tout le développement du résident, ou ajustement pour préserver sa propre santé. Selon la situation, les opératrices auront la possibilité, en fonction de leur expérience (Caroly et Weill Fassina, 2007) de favoriser certaines dimensions plutôt que d'autres. Nous décrirons dans cette partie le cadre théorique sur lequel nous fondons notre « découpage » de la contrainte temporelle, en grande partie issu des travaux de V. De Keyser. Nous décrirons ensuite la place des stratégies de régulation pour la résolution, même partielle, des conflits de temporalités.

3.1. Cadre théorique de référence

De Keyser (1996), propose d'analyser les erreurs temporelles dans la gestion de situations dynamiques comme le résultat « d'une inadéquation ou un conflit entre le ou les système(s) de référence temporel(s) requis par la tâche, et celui ou ceux qu'utilise le sujet » (p. 294). De ce point de vue, l'activité de travail, l'ordonnancement des événements et des actions, s'opèrent à travers la

médiation de ressources spécifiques : des systèmes de référence temporels, synchronisateurs internes ou externes qui permettent de réaliser l'action efficace.

Un ensemble de systèmes de référence temporels, ressources de l'activité, ont pu être décrits (De Keyser, 1994, 1996 ; De Keyser & Nyssen, 1993 ; Javeau & al., 1991) :

- les systèmes de référence fondés sur la perception subjective du temps : la référence principale est le sujet lui-même, et sa perception du temps qui passe ;
- les systèmes de référence fondés sur un temps social, codifié : la référence est ici le temps social à partir duquel on infère l'ordre et la durée. Cette temporalité possède une métrique dont les unités constituent des repères pour le sujet lors de la réalisation de son activité. Par exemple le calendrier ou l'horloge ;
- les systèmes de référence fondés sur les transformations liées au travail : les relations d'ordre sont ici sous la détermination de relations de causalité. Par exemple, les auteurs indiquent qu'un chirurgien commencera à opérer le patient « dès que les drogues d'anesthésie ont fait leur effet ». Dans ce type de situations le sujet ne peut avoir recours au temps de l'horloge, puisque « l'effet des drogues » varie d'un patient à un autre. C'est donc la causalité entre les différentes actions, et leurs effets, qui détermine l'ordre des actions suivantes ;
- les systèmes de référence issus du contexte : dans ce cas le sujet ne se réfère ni aux transformations en cours ni à une durée en temps d'horloge.

Ajoutons également que, selon ces auteurs, l'analyse de l'activité de l'opérateur, conjuguée à des verbalisations permet d'éliciter la plupart des systèmes de référence auxquels il a recours. L'utilisation de tel ou tel système de référence est déterminée par les exigences de la tâche (les auteurs postulent que l'emploi d'un système de référence par l'opérateur est orienté vers l'action efficace, et que les outils temporels utilisés sont donc déterminés par les exigences de la tâche, et évoluent avec l'expérience).

Nous retiendrons de ces travaux que le sujet se construit et utilise des systèmes de référence temporels pour réaliser son activité de travail. Un conflit dans l'utilisation de ces différents systèmes pourrait entraîner des erreurs. Ces données interrogent la définition des tâches et leurs exigences, pour permettre l'articulation des différents systèmes de référence et la réduction des erreurs. Il s'agit alors, dans la pratique, d'identifier les systèmes de référence, de les intégrer aux interfaces utilisées par l'opérateur, et d'aider l'opérateur à négocier les exigences contradictoires, dans les situations où la pression temporelle est trop forte et où l'opérateur est « incapable d'inférer tous les effets de ses actions. » (De Keyser, 1996, p. 297).

Dans ce mémoire, nous voudrions faire un pas de côté, en considérant que les contraintes temporelles auxquelles les opératrices font face peuvent avoir pour origine des contradictions entre systèmes temporels différents que le sujet doit alors réguler. Les régulations mises en place peuvent s'avérer insuffisantes. Ces contradictions entre systèmes temporels pourraient se traduire par des conflits entre « faire son travail dans les temps » et « prendre soin des résidents », ce qui pourrait générer un conflit éthique. Nous nous intéresseront à la gestion des conflits de temporalité sous l'angle de la régulation. De nombreux travaux montrent en effet que, face à des exigences contradictoires, l'opérateur adopte de nouveaux modes opératoires qui permettent de réaliser un compromis, pour répondre au mieux à l'ensemble des exigences de la situation de travail (Faverge, 1970, Leplat, 2008).

Nous nous référerons dans la suite de ce travail aux différentes dimensions temporelles en jeu dans l'activité de travail des AS et ASH de l'EHPAD. Gonon, Barthe et Gindro (2009), identifient deux types de temporalités dans le travail des AS, ASH et IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) : les temporalités qui font référence aux temps « internes » aux opérateurs et aux bénéficiaires du service, et les temporalités liées à l'agencement des tâches, c'est-à-dire aux temps « extérieurs ». Pour inclure dans notre travail l'ensemble des systèmes temporels en présence nous prendrons en compte :

- les temps du planning : cela correspond au temps déterminé par le travail prescrit, avec l'horloge comme système de référence ;
- les temps liés à la réalisation des différentes opérations constitutives de la tâche : il s'agit du temps nécessaire à la réalisation des sous buts, qui ne correspond pas toujours aux temps du planning, le système de référence temporel est plutôt lié à l'enchaînement des actions entres elles (système de référence fondé sur les transformations liées au travail) ;
- les temps liés aux résidents : il s'agit du temps nécessaire aux résidents pour réaliser les tâches qui leurs sont confiées par le personnel de soin lors des situations de coproduction. Il s'agit aussi du temps nécessaire au maintien de l'autonomie et au développement des personnes accueillies dans l'EHPAD.

Le spectre des temporalités que nous proposons pour l'analyse couvre donc à la fois les temps « internes » (liés aux résidents) et les temps « externes » (planning, opérations) identifiés par Gonon et al. (2009). Ces temporalités s'inscrivent également dans la catégorisation d'Y. Quénniec (2007, cité par Gonon & al., 2009) : le temps *au* travail, en référence au temps propre des individus (rythmes biologiques, vieillissement, etc.) ; le temps *de* travail, qui renvoi au temps d'un service, au temps prescrit (planning, etc.) ; et le temps *dans* le travail qui concerne les temporalités liées à l'agencement des tâches dans une période déterminée (rythmes de l'activité, etc.).

Lorsque ces différentes temporalités rentrent en conflit, les opérateurs vont mettre en place des stratégies de régulation visant à atteindre les objectifs fixés par l'organisation. Nous décrirons dans la partie suivante les apports et les limites de ces stratégies pour la résolution des conflits de temporalités.

3.2. Résoudre le conflit : apports et limites de la régulation

Pour résoudre les conflits inhérents à l'inadéquation des différentes dimensions temporelles de l'activité de travail, la régulation joue un rôle important. Dans les activités de service, son rôle est d'ailleurs mis en avant par la littérature scientifique. La régulation permet dans ce cadre de réaliser des arbitrages entres les objectifs antagonistes de l'activité. Flageul-Caroly (2001), Caroly et Weill-Fassina (2007) et Weill-Fassina et Pastré (2004) ont développé une modélisation de la situation de travail selon quatre pôles. La régulation dans ce cadre consiste à réaliser des arbitrages entre les prescriptions et objectifs issus de ces différents pôles, pour maintenir un équilibre satisfaisant de la situation de travail. Les auteurs présentent quatre pôles déterminant dans l'activité de service :

- le pôle « soi » : référant à l'agent avec ses propres buts, sa subjectivité, sa formation, son expérience, ses possibilités physiologiques et psychologiques, le sens qu'il attribue à son travail ;
- le pôle « système » : référant à l'entreprise avec ses buts et ses moyens disponibles (matériel, équipement, règles, procédures, structure hiérarchique) ;
- le pôle « autres » : référant aux buts, obligations et exigences des autres (collègues du même métier, équipe inter-métiers, réseau de partenaires) ;
- le pôle « bénéficiaire du service » référant au résident et sa famille.

Les conflits de temporalités rencontrés par les opératrices conduisent dans cette perspective à des arbitrages entre les objectifs antagonistes issus des quatre pôles. En d'autres termes, les conflits temporels déterminent ici les antagonismes. L'activité sous forte contrainte de temps entraîne par exemple l'impossibilité de réaliser son travail dans le temps imparti (pôle « système »), tout en « prenant soin » du résident (pôle « bénéficiaire » et « soi »). Dans ce mémoire, nous partirons donc de l'idée que les conflits de temporalités déterminent les antagonismes de buts entre les quatre pôles de l'activité de service.

A la suite de Leplat (2008) s'appuyant sur les apports des théories de l'activité, on considère qu'une même action peut avoir des buts et des motifs multiples, ce qui conduit à différencier « des régulations centrées sur les tâches » et « des régulations centrées sur les sujets » (p.28). Dans le domaine des activités de service, Caroly et Weill-Fassina (2004) ou Gonzàles et Weill-Fassina

(2005) ont bien montré la nécessité de prendre en compte les deux types de régulations. Ils les inscrivent dans le modèle des 4 pôles précédemment décrit.

Les compromis élaborés entre les pôles antagonistes ne sont parfois possibles qu'en « prenant sur soi », au détriment de sa propre santé. Quand ce type d'arbitrage est récurrent, nous les considérons comme des stratégies de régulation.

Les stratégies misent en œuvre visent à compenser les « conflits de buts » antagonistes (Caroly, & Weill-Fassina, 2004). Par exemple, « aller vite » et « prendre soin de » qui peuvent rentrer en contradiction. Inhelder (1987) indique trois types de compensations qui peuvent être réalisées par la mise en place d'une stratégie de régulation :

- les « compensations neutres » : l'opérateur ignore la perturbation, la refuse, n'intervient pas, ne tente aucune régulation ;
- les « compensations partielles » : l'opérateur adopte une solution de compromis entre sous-systèmes contradictoires sans que soit pris en compte l'ensemble des paramètres de la situation ;
- les « compensations totales » : celles qui prennent en compte l'ensemble des paramètres et des événements possibles de la situation.

Il semble nécessaire d'introduire ici les types de régulations identifiées dans la littérature pour élargir le champ d'analyse. Ces régulations peuvent être individuelles ou collectives. Barthe (2003), dans une étude dans le secteur hospitalier, rappelle l'importance des régulations collectives, c'est-à-dire « les réajustements effectués dans l'attribution formelle des tâches suite à des modifications de l'environnement de travail » (p.5). Les régulations collectives sont envisagées ici par la répartition des tâches (Gonon, 2003). D'autres études en ergonomie mettent en avant ce type de régulation collective. Avilla-Assunçao (1998), dans une étude sur la restauration collective au Brésil, a montré comment la répartition des tâches entre les anciens et les jeunes permettait une préservation de la santé des plus anciens. Notre travail de recherche prendra également en compte une seconde modalité de régulation collective : le travail en « temps partagé ». Cette répartition du temps peut se réaliser entre différents acteurs de la situation de travail : entre les opérateurs eux-mêmes ou entre un opérateur et un résident. La présence du bénéficiaire introduit dès lors une modalité de régulation collective par répartition du temps dans la réalisation des tâches avec lui. Parfois, nous y reviendrons, ces deux modalités de régulation se retrouvent simultanément dans l'action.

Les liens entre la régulation et la santé doivent également être décrits. Les AS et ASH de l'EHPAD cherchent des compromis pour équilibrer les différentes contraintes et compenser les perturbations en lien avec les différents pôles de leur activité. Lorsque certaines stratégies de

régulation des personnels soignant sont trop souvent mises en échec, c'est la qualité du service rendu qui est impactée, ce qui a une double conséquence : 1/ la détérioration du service rendu à l'usager et 2/ la détérioration de la santé des personnels. Clot (2008) montre en effet que l'activité « empêchée » conduit à une détérioration de la santé des personnes. L'auteur indique que « le réel de l'activité, c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs » (p.89). Les stratégies de régulation, c'est-à-dire les trouvailles imaginées par les opérateurs pour tendre à retrouver l'équilibre entre les différents pôles de l'activité, font partie de ces « intentions ». Elles peuvent alors constituer « ce qu'on cherche à faire sans y parvenir » et devenir, lorsqu'elles sont empêchées, un facteur d'atteinte à la santé. Cette perspective nous permet d'avancer l'idée selon laquelle les stratégies de régulation, mises en échec, participeraient des atteintes à la santé des personnels en EHPAD. En situation de travail, ces éléments doivent être nuancés. Nous verrons dans la suite de ce travail que les stratégies ne sont pas totalement mises en échec. Elles peuvent aussi n'atteindre que partiellement les objectifs qu'elles poursuivent.

Les buts poursuivis par ces stratégies peuvent être multiples. Nous prendrons en compte plusieurs buts identifiés par l'analyse, relatifs aux quatre pôles de la situation de travail précédemment décrits :

- les buts relatifs à l'atteinte des objectifs prescrits (Caroly, 2002), notamment les objectifs temporels ;
- les buts relatifs au maintien de l'autonomie et au développement des résidents ;
- les buts relatifs à la préservation de sa propre santé.

En nous inspirant de ces différents apports, le travail du personnel soignant peut être analysé comme nécessitant d'élaborer des compromis entre des buts contradictoires, antagonistes. Ce point de vue nous conduit à analyser le travail des AS et ASH sous l'angle des activités de régulation définies comme « le processus mis en œuvre par les opérateurs pour construire des compromis entre contraintes antagonistes » (Gonzàles, & Weill-Fassina, 2005). Nous développerons dans la partie suivante la place des marges de manœuvre dans la possibilité ou non d'établir ces compromis. Nous verrons également que, dans les situations sous forte contrainte temporelle, et dans lesquelles les opérateurs ont peu de marges de manœuvres, les stratégies de régulation peuvent s'avérer insuffisantes pour répondre aux antagonismes. Les opérateurs se trouvent alors dans l'impossibilité de réaliser le travail selon les règles de métier, favorisant la souffrance éthique.

3.3. La souffrance éthique comme résultat

Après avoir définit la souffrance éthique et les conflits de temporalités dans les parties précédentes, on reviendra ici sur l'idée que la souffrance éthique est un résultat. Les contraintes

temporelles inhérentes aux situations de travail en EHPAD, ainsi que l'empêchement ressenti dans la mise en place des stratégies de régulation, c'est-à-dire « l'échec à la régulation » (De keyser, 1989), constituent des facteurs favorisant l'apparition de la souffrance éthique. En effet, la définition de la souffrance éthique indique le temps comme une ressource de l'activité. Nous avons également vu que lorsqu'une ressource vient à manquer en situation de travail, les opérateurs établissent des compromis qui leurs permettent de rétablir un équilibre relativement satisfaisant entre les exigences des pôles du modèle quadripolaire décrit précédemment.

Dans l'activité des AS et ASH en EHPAD, ce serait donc lorsque le temps manque, ou plutôt, comme nous le postulons ici, que les temporalités ne peuvent pas être articulées entres elles, et que les stratégies mises en place par les opératrices sont insuffisantes pour permettre un service de qualité, que la souffrance éthique pourrait apparaître. Dujarier (2002), décrivant les déterminants locaux des actes de la maltraitance dans un service de gérontologie, indique : « le second cas d'apparition d'actes de maltraitance est celui de la "routine". Ce terme est largement employé par des soignants expérimentés pour qualifier leur rapport au travail lorsque, disent-ils, ils ont renoncé à "être à la hauteur" ; lorsqu'ils semblent confesser avec tristesse s'en tenir à une "obligation de moyens". »

De notre point de vue, « l'obligation de moyens » renvoie à l'impossibilité de faire son travail autrement que de la façon dont la prescription le propose. Cela renvoie également à l'absence de marge de manœuvre suffisante. Or les stratégies mises en place par le personnel s'inscrivent justement dans ces marges restantes. C'est donc lorsqu'elles sont trop « minces », et que les stratégies sont systématiquement mises en échec, que la souffrance éthique peut s'installer.

Ces considérations nous invitent à préciser la notion de marge de manœuvre. Caroly (2002), reprenant les travaux de Marquié (1995, cité par Caroly, op.cit.) et de Weill-Fassina et Valot (1997, cité par Caroly, op.cit.), indique que les marges de manœuvre constituent « la latitude dont on dispose entre certaines limites, les possibilités d'action laissées par certaines contraintes, internes et externes. Ces possibilités peuvent découler d'une atténuation des contraintes elles-mêmes et d'une meilleure utilisation des marges de liberté qu'elles laissent » (Marquié, op.cit.). Les travaux de Weill-Fassina et Valot (op. cit.) précisent la notion de marge de manœuvre potentielle comme étant « la zone d'initiative et de tolérance dont dispose l'opérateur pour assurer la régulation du fonctionnement du système ». Dans cette conception, les marges de manœuvres peuvent être investies par les opérateurs eux-mêmes. Caroly (op. cit.) nous rappelle que « les marges de manœuvre sont conçues sous l'angle des ressources, des potentiels, i.e. pas seulement de l'utilisation d'espaces marginaux, mais de la création de nouveaux espaces d'autonomie ». Nous verrons lors de la description des différentes stratégies identifiées que les opératrices construisent parfois elles

mêmes les marges dont elles ont besoin pour réaliser le travail, notamment par la relation qu'elles entretiennent avec le résident, élément caractéristique des activités de service. Nous décrirons dans la partie suivante les éclairages de l'ergonomie sur les activités de service, pour alimenter notre cadre d'analyse.

4. Le service à la personne

Nous présenterons d'abord le cadre théorique relatif aux activités de service en ergonomie. Nous reviendrons également sur la notion de care professionnel, son statut et sa fonction, bien décrits dans la littérature, notamment dans le travail des personnels soignants, en hôpital ou en maison de retraite.

4.1. Généralités : approche ergonomique des activités de service

De nombreuses études en ergonomie sur le personnel soignant caractérisent cette activité comme une activité de service (Teiger, Cloutier, & David, 2005 ; Cloutier, David, Teiger, & Prévost, 1999 ; Cerf et Falzon, 2005 ; Cerf, Valléry, & Boucheix, 2004).

Falzon et Lapeyrière (1998) retiennent quatre caractéristiques principales pour les décrire :

- un objet de travail commun aux interactants ;
- l'inégalité des moyens ;
- l'existence de moyens complémentaires de part et d'autre ;
- une relation d'aide instituée socialement qui exige une demande sincère de l'usager, la disponibilité du spécialiste, et un accord sur la mise en œuvre des moyens disponibles pour satisfaire cette demande.

A la suite de cette définition, Cerf et Falzon (2005) indiquent que la coproduction du service en constitue un élément central. Toutefois « ne seront prises en compte que les situations où la coproduction se réalise dans l'interaction » (op.cit., p.10).

Les situations de service, concernant le soin et les services aux personnes, constituent « un ensemble d'activités destinées à « restaurer » ou suppléer les capacités d'agir de personnes dépendantes physiquement et souvent dépendantes psychologiquement. Elle implique la gestion simultanée d'actes techniques, d'initiatives éducatives et relationnelles et nécessite des compétences de diagnostic sur l'état de santé du client ainsi que des compétences de coopérations. » (Cerf, & Falzon, op. cit., p.18).

La coproduction est essentielle à l'atteinte de ces objectifs, surtout dans un contexte où la pression temporelle est omniprésente. Par exemple, pour pouvoir réussir à gérer simultanément les actes techniques et les initiatives relationnelles, la coopération du patient est requise. Gaudart et

Thébault (2007) en donnent un exemple dans un service hospitalier de gérontologie. Elles montrent comment la qualité de la coproduction peut être déterminée en partie par l'état du patient. Dans cet exemple, l'infirmier a développé avec l'expérience une connaissance fine de l'état des patients lui permettant d'anticiper leurs réactions, de manière à mener à bien les actes techniques (donner un médicament par exemple) tout en prenant en compte les risques de « fausse route », ainsi que le maintien de leur autonomie. Martin (2010) nous fournit également d'autres exemples sur ce point. Connaissant l'état de certains résidents, les AS d'un EHPAD les laissent dormir le plus longtemps possible, de manière à ne pas les laisser seuls dans la salle de bain, au risque de les voir chuter. Elles les réveillent donc en amont, puis les laissent se réveiller à leur rythme en réalisant d'autres tâches simultanément. Les résident sont conduits ensuite à la salle de bain uniquement lorsque la toilette va pouvoir être effectuée. Cette stratégie se fonde également sur une connaissance précise de l'état du résident, avec plusieurs objectifs, comme gagner du temps, réduire les risques de chute, tenir compte du rythme du résident (en le laissant se réveiller à son rythme), etc. La prise en compte du rythme de sommeil du résident permet également d'influer sur son humeur, qui détermine la possibilité d'une coproduction efficace. Nous reviendrons sur ce point dans les résultats.

Mais l'état du résident et l'évolution de sa maladie n'est pas le seul déterminant de la qualité de la coproduction. La relation établie entre le soignant et le résident peut en constituer un second, de notre point de vue. En effet, pour se « laisser laver » et se « laisser manipuler », élément à part entière de la coproduction, une relation de confiance doit être établie. Le récit de W. Réjault (2009) est intéressant à cet égard, il décrit l'arrivée de nouveaux personnels dans une maison de retraite : « Qu'ils soient infirmiers, aides-soignants ou AMP, on les briefe sur l'essentiel : "lui est autonome. Celui là, il ne faut pas lui changer son pansement tous les jours, c'est trop douloureux. Elle, elle mange mixé", et c'est parti. Pour eux, le travail est mécanique. Ils ne gèrent pas des êtres humains mais des cas. Des pathologies. Ils ne connaissent pas l'histoire des gens, ne s'y attachent pas. C'est donc forcément un peu violent pour les vieux, qui sont méfiants envers ce personnel qu'ils n'ont jamais vu. Ils ne leur font pas confiance, ce qui entraîne des attitudes à risque. Un vieux, par exemple, qui se raidit dans les bras d'un aide soignant et qui peut tomber. Il devient plus difficilement transportable. » (p. 178). Ces extraits indiquent d'une part l'importance de la relation de confiance pour la sécurité du résident, mais également pour la santé du soignant (« Il devient plus difficilement transportable »), et d'autre part l'importance d'une connaissance fine du résident, de ses troubles et de ses habitudes. Cette connaissance n'est pas uniquement individuelle, mais aussi comme collective. Il s'agit d'une « histoire », qui, comme nous l'avons déjà mentionné, renvoie au collectif de travail, par référence au genre professionnel (Clot, 2006b, 2008).

Nous verrons quelques pistes pour comprendre la construction de cette relation dans les résultats de cette recherche.

Dans la suite de ce travail, nous prendrons en compte les différents acteurs de la relation de service en EHPAD : le personnel soignant d'une part, mais également le résident, bénéficiaire du service. Nous aborderons le résident en discutant de son autonomie, notion centrale pour les soignants dans leur rôle d'accompagnateurs et dans le travail de care qu'ils réalisent au quotidien, notamment pour l'instauration d'une « relation de confiance ». La partie suivante reviendra sur la notion de care professionnel. L'attention accordée par le personnel soignant au « prendre soin » envers les résidents peut être explicitée par le cadre théorique relatif au care.

4.2. Le care professionnel ou le travail invisible de l'attention portée à l'autre

Les activités de soin et de services aux personnes sont souvent appréhendées sous le terme de « care ». Historiquement, la notion de care naît du courant féministe développé par Gilligan (1986/2008). Cet auteur s'attache à faire reconnaître une morale alternative à celle issue de la justice : l'éthique de care. Il s'agit d'une morale qui prend racine dans l'expérience singulière des individus, notamment celle des femmes. Ce sera là la critique principale des travaux de Gilligan (op.cit.) que de mêler la question du genre sexué à celle du care, en induisant l'existence d'une morale des femmes, issue de la vie quotidienne et opposée à une morale typiquement masculine renvoyant plutôt à l'éthique de la justice. Tronto (cité par Laugier, & Paperman, 2008) considère que ce découpage mène à renforcer les « frontières morales » de genre, ce que la théorie de Gilligan cherchait précisément à briser. Pour Molinier (2010), Laugier et Paperman (op. cit.) et Molinier, Laugier et Paperman (2009), le care est un travail. Ils indiquent que « la psychodynamique du travail [a] renversé le perspective du "sujet qui précède le travail" en montrant que l'expérience du travail transformait le sujet ». Par là, ils entendent que le care n'est pas une affaire de personne ou le résultat de qualités innées typiquement féminines, il s'agit bien d'un travail, impliquant une activité, et se développant avec l'expérience. Evacuant dès lors les questions de genre sexué en réintroduisant la notion dans la perspective du développement des compétences.

Un deuxième aspect du care se situe du côté des affects et constitue ce que J. Tronto appelle « le souci des autres », en réalisant « quelque chose d'utile pour eux » (Tronto, 2009). De cette manière l'auteur indique que le care est un réel travail, il ne peut pas se dissocier de la matérialité. Molinier (2010) donne l'exemple suivant : on ne va pas dire « Ah ! Vous avez l'air fatigué » mais on va apporter une chaise.

De plus, le care possède une caractéristique : c'est un travail invisible, et son succès dépend de cette invisibilité (Molinier, 2006, 2010). Il se dévoile souvent lorsqu'il n'est pas réalisé. Ce travail « relève de savoir-faire discrets » (Moliner, 2010, p. 160) qui sont efficaces par leur invisibilité. Par exemple ne pas dire aux parents qu'un événement privilégié, comme les premiers pas de leur enfant, a eu lieu à la crèche, pour leur laisser le découvrir par eux-mêmes une fois rentrés chez eux.

Par ailleurs, le travail de care n'est pas l'affaire d'une personne isolée, mais se construit et se développe bien souvent au sein du collectif de travail (Molinier, op.cit.).

Le care est donc un travail qui doit nécessairement rester discret, puisqu'il vise justement à ne pas « déranger », à soulager, à ne pas fatiguer, etc. Pour réussir à faire ce travail, il faut savoir anticiper la demande et dissimuler le travail accompli pour atteindre les objectifs fixés. Par exemple lorsqu'une infirmière tend le bon outil au chirurgien au bon moment, avant même qu'il ne le demande, ou lorsqu'une secrétaire prépare les bons dossiers en fonction de l'emploi du temps de son patron (Molinier, op.cit.). Ce travail ne peut être autrement qu'un travail masqué, et sa révélation ne peut se faire qu'en son absence. Ce serait le cas si l'infirmière de notre exemple n'anticipait pas sur les outils à tendre au chirurgien en fonction de l'avancement de l'opération. Ce dernier pourrait se dire que l'infirmière n'est pas compétente et mettre ainsi en évidence l'absence de care.

De plus, « prendre soin », dans l'activité des AS et ASH, c'est aussi veiller à conserver l'autonomie des personnes le plus longtemps possible en favorisant chez eux la réalisation des activités du quotidien, malgré les contraintes temporelles qui y sont liées. Cette perspective a constitué un critère parmi d'autres de l'analyse des stratégies de régulation identifiées (Cf p.20, sur les objectifs divers des stratégies).

L'éthique du care constitue par ailleurs un moyen intéressant pour aborder les questions relatives à la maltraitance en EHPAD. En effet, puisqu'elle se fonde sur une base différente de l'éthique de justice, et qu'elle est directement liée à la pratique et à l'expérience, elle constitue un point d'ancrage d'une explicitation différente de la maltraitance. Dans la partie suivante nous reviendrons sur cette question. D'autre part, nous pensons que la confrontation de logiques que nous discutions précédemment peut s'inscrire dans ce « débat des morales » : une morale générique de la justice, opposée à une éthique du care, et pouvant mener au conflit éthique.

5. La maltraitance

La maltraitance en EHPAD est omniprésente. Tous les entretiens effectués l'attestent. Beaucoup d'études en sciences sociales vont également dans ce sens. Lorsqu'elle n'est pas directement observée, elle est bien souvent suspectée chez les opératrices qui doivent alors rendre des comptes sur leurs pratiques. Nous présenterons dans un premier temps un point de vue global sur la maltraitance. Nous proposerons ensuite un point de vue « ergonomique » de cette notion, en utilisant les apports de la littérature.

5.1. Généralités : « A partir de quand ce qu'on fait c'est de la maltraitance ? »

Le rapport de la Direction Générale de la Santé et de la Direction Générale de l'Action Sociale de 2007[3] intitulé « les bonnes pratiques de soins en établissement pour personnes âgées dépendantes » consacre une partie de sa réflexion aux questions de maltraitances, en les abordant sous l'angle de la « bientraitance ». Les recommandations issues de ces réflexions indiquent la nécessité de prendre en compte les pratiques de soin relatives au relationnel Soignant/Patient en développant la formation du personnel et en lui offrant des espaces de parole. On ne sait pas, dans ce rapport, ce qui pourrait figurer à l'ordre du jour de tels rassemblements. Plus loin, le rapport indique que « La bientraitance ne peut répondre à une définition univoque, des recettes ou des dogmes. Elle doit être le fruit d'une réflexion menée ensemble, pour faire converger les convictions de chacun vers une vision commune de la bientraitance, au sein de chaque établissement, avec les moyens qui sont les siens ». Et à ce propos, le lecteur est invité à se questionner : « Qu'est-ce que la bientraitance *au niveau institutionnel*, dans l'établissement dans lequel je travaille ? Qu'est-ce que la bientraitance, *pour moi*, qui travaille dans cet établissement ? Qu'est-ce que la bientraitance *pour la personne accueillie* dans l'établissement dans lequel je travaille ? Qu'est-ce que la bientraitance *pour l'entourage des personnes accueillies* dans l'établissement dans lequel je travaille ? ».

Ces questionnements tentent de couvrir l'ensemble des sphères sociales du travail, de manière à permettre une intégration des points de vue. Pourtant, nous identifions un élément manquant : celui du collectif de travail. Nous le disions précédemment, dans la lignée de Molinier (2008), ce qui est juste ou non, cela se discute. Et nous pourrions ajouter que si cela doit évidemment se discuter entre les acteurs de l'encadrement et les opérateurs de terrain, il faut déjà, pour reprendre Davezies (2006), que ces derniers construisent leur point de vue qui « est produit à partir d'un rapport sensible au réel qui mêle des dimensions hétérogènes et qui n'est que partiellement conscient. »

A notre sens, et malgré l'effort consenti pour élargir les déterminants de la maltraitance, la vision proposée par le rapport reste extérieure au travail, « hygiéniste », pour reprendre Clot (2006b, 2008, 2010). Les recommandations proposées l'attestent : « faire évoluer les comportements », « prendre en compte les goûts et les envies des personnes », « apprendre à reconnaître et à accepter ses propres défenses » sont autant de bonnes pratiques recommandées, dans lesquelles le travail est absent, et qui ne permettent pas la construction d'un point de vue défendable des pratiques professionnelles par ceux qui les réalisent. Cela ne favorise pas non plus la construction des règles éthiques de métier entre les professionnels eux-mêmes, même si l'on sait que le personnel en maison de retraite trouve un certain nombre de moyens pour le faire, en racontant par exemple ses expériences de travail aux collègues pendant les pauses ou les temps morts (Molinier, 2006).

[3] Rapport au ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007. DGS/DGAS/SFGG.

Le titre de la présente partie reprend une phrase issue d'une discussion entre une AS et ses collègues à propos de la maltraitance. Elles finissent pas trouver une issue à l'explicitation (voire à la justification) de leurs pratiques : « A partir de quand ce qu'on fait c'est de la maltraitance ? ». Elles introduisent ici la difficulté ressentie à définir la maltraitance, puisque dans chaque situation de travail, des pratiques identiques peuvent être catégorisées comme maltraitantes, ou à l'inverse comme bientraitantes, selon le contexte. A cet égard, les exemples de questionnements éthiques des aides soignantes et des infirmières cités par P. Molinier sont révélateurs (dans ce mémoire, p.12).

La partie suivante tentera de poser quelques éléments de base à la construction d'un point de vue ergonomique de la maltraitance, c'est-à-dire un point de vue intégratif des questions du travail.

5.2. Vers la construction d'un point de vue ergonomique de la maltraitance

Beaucoup de travaux en sciences sociales peuvent venir éclairer notre réflexion autour de la maltraitance. Dujarier (2002) par exemple, en psychosociologie du travail, a tenté de comprendre, avec les personnels d'un service de gérontologie, les processus qui pouvaient mener à maltraiter. L'hypothèse principale de son travail est « que la maltraitance surgit dans des situations où les personnels ne peuvent faire face à une prescription, que nous qualifions de "prescription de toute puissance". Celle-ci serait la conséquence d'une vision idéale du soin, de la vieillesse et de l'action institutionnelle. Ainsi, le déni des limites dans l'action, pourrait engendrer des actes jugés inacceptables. » (p. 112). L'auteur recense trois causes probables permettant d'expliquer l'apparition des actes de maltraitance :

- la perversité du soignant, relevant de la psychopathologie, et étant mentionné comme un phénomène marginal ;
- le sentiment de ne « jamais être à la hauteur » exprimé par le personnel ;
- le sentiment d'être dans une « routine ».

Derrière l'apparition de ces sentiments chez le personnel de soin, l'auteur analyse : « Le sentiment de "ne jamais être à la hauteur" est très largement exprimé par une partie des soignants et parfois des médecins. Il apparaît lorsqu'ils sont empêchés de faire leur travail ou de le faire "bien". Ces moments "d'obligation à mal faire son travail" ou "d'impossibilité à faire face" […] sont foisonnants dans la journée. »

Elle ajoute enfin : « Dans cette tension entre une prescription impossible et des conditions de travail concrètes qui les limitent, certains soignants ont donc répondu en abandonnant l'obligation "d'être à la hauteur". » (p. 117).

Ces analyses confortent le point de vue selon lequel la maltraitance pourrait être issue, pour une large part, de déterminants organisationnels. Causse (2004), en sociologie, fait également le constat de l'impact des conditions du travail sur l'apparition de la maltraitance : « Les aides-soignantes sont prises dans un discours contradictoire. La direction leur assigne des objectifs de travail précis du type : laver et changer les pensionnaires, ranger le linge dans les armoires, assurer l'aide alimentaire, conduire une animation, distribuer le goûter… dans des laps de temps serrés, sans vraiment se pencher sur les manières de s'y prendre, ni sur les temps de récupération et d'élaboration nécessaires à cette activité. » (p. 70).

Dans notre travail de recherche, nous aborderons la question de la maltraitance du point de vue du travail, en tentant de comprendre ce qui, dans les conflits de temporalités de la situation de travail ne peut être résolu par les AS et les ASH, les amenant alors à faire des compromis sur les différentes dimensions de l'activité. Ces différentes dimensions s'inscrivent dans le modèle quadripolaire de Caroly et Weill-Fassina (2007). Lorsque les compromis sont réalisés sur le pôle « bénéficiaire du service », c'est-à-dire le résident, nous considérons qu'il y a un risque de maltraitance. Mais cette maltraitance doit être bien comprise. En effet, dans le cadre que nous proposons, elle apparaît lorsque les conflits issus des autres pôles (« système », « soi », « autres ») ne peuvent être pris en charge par le personnel. Dans le cas des conflits de temporalités, nous le verrons, la prescription du temps de réalisation des tâches (pôle « système ») rentre souvent en conflit avec d'une part le temps nécessaire à la réalisation des actions constitutives de ces tâches (relatif aux pôles « soi » et « autres ») et d'autre part avec le temps de la réalisation de certaines tâches par le résident lui-même (pôle « bénéficiare du service »). Le temps qu'il lui faut pour terminer seul son repas par exemple ne correspond pas toujours au temps prescrit au personnel pour le faire manger. Puisqu'il n'est pas possible de faire manger un résident plus vite, le personnel peut être tenté de trouver des moyens pour y parvenir avec certains résidents, comme par exemple mélanger l'entrée, le plat, et le dessert dans une même assiette. Pourtant nous montrerons qu'avant d'en arriver là, beaucoup de stratégies sont mises en place pour tenter de « reconquérir » les marges de manœuvres disponibles. Les stratégies mises en place, ajoutées une à une, permettent au final le maintien d'une cohérence relative dans le soin donné aux résidents. Toutefois, cela a un coût pour les opératrices, notamment en termes de souffrance éthique.

Les stratégies identifiées s'inscrivent, dans ce cadre, dans un travail de care permettant de prendre soin des résidents et de fournir un service de la meilleure qualité possible.

CADRE METHODOLOGIQUE

1. Présentation de l'EHPAD

1.1. Structure et historique

La maison de retraite dans laquelle s'est déroulée l'étude est un EPHAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) créé en 1974. Trois grands services permettent la prise en charge et l'accompagnement des résidents : le service « soin », constitué par les aides soignantes (AS), les aides médico-psychologiques (AMP) et des agents de service hospitalier (ASH), le service « technique », constitué par le personnel d'entretien et le personnel technique (maintenance des installations, réparations, rénovation des chambres, etc.), et le service administratif, dans lequel on retrouve la comptabilité, la gestion des ressources humaines, le service des payes et la gestion des relations aux résidents et à leur famille.

Il s'agit d'un établissement public dont le passage au statut d'EHPAD s'est effectué au cours de l'année 2005. D'après l'ensemble des acteurs de l'établissement, cette transformation de statut a conduit à une transformation des caractéristiques du public accueilli : les personnes âgées y sont de plus en plus dépendantes, et la prise en charge s'avère de plus en plus spécialisée et médicalisée. Toujours selon les premiers entretiens et verbalisations recueillies, cette évolution dans les caractéristiques du public accueilli ne s'accompagne pas, ou très rarement, d'un questionnement sur les qualifications et compétences nécessaires à la réalisation du travail. On se trouve donc en présence d'un système inscrit dans un contexte fortement évolutif, et dans lequel les opérateurs et opératrices, y compris les cadres et la direction de l'établissement, se sentent de moins en moins outillés pour y faire face que ce soit en termes de formation, de moyens matériels de travail, ou au plan de l'organisation de l'établissement.

Le personnel de l'établissement connaît des difficultés liées à la vétusté des installations. La maison de retraite est relativement ancienne dans la mesure où les locaux datent de 1974. Lors de sa construction, le bâtiment avait été pensé pour l'accueil de personnes relativement peu dépendantes, avec un pôle médicalisé restreint. Aujourd'hui, le personnel fait état d'un certain nombre de problèmes d'accessibilité, notamment les espaces dans les chambres qui ne permettent pas toujours le maniement de fauteuils roulant, et le faible espace dans les salles de bain, qui génère des contraintes pour la toilette des résidents : il faut amener le résident au lavabo en le levant de son fauteuil, en le portant parfois lorsque ce dernier ne peut pas marcher. Egalement, il n'existe aucune douche en chambre, la douche se trouvant au bout du couloir ; avec une douche par étage et trois étages dans l'établissement.

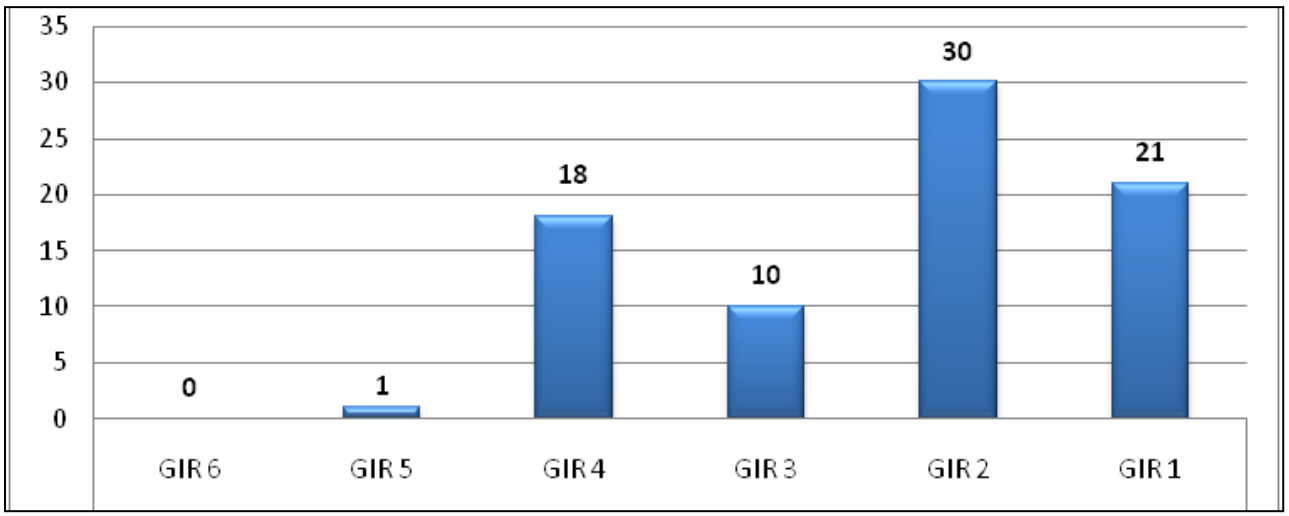
Enfin, deux éléments sont systématiquement présents dans nos premiers échanges avec le personnel et ont orienté notre travail :

1) Les contraintes temporelles fortes associées à l'activité de travail, notamment au cours de la période du matin, lors du réveil, de la toilette et de la distribution des petits déjeuners.
2) Le manque d'effectifs, qui vient accentuer la contrainte de temps au cours de la réalisation du travail.

1.2. Une population de résidents fortement dépendants

La population prise en charge au sein de l'établissement doit faire l'objet de quelques précisions. Nous décrirons ici les caractéristiques propres des résidents, c'est-à-dire d'une part leur cotation AGGIR, et d'autre part les pathologies qu'ils développent le plus.

La grille « Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource » (AGGIR) est un outil standardisé d'évaluation du degré de dépendance des personnes. Elle permet à l'établissement de connaître deux fois par ans le degré de dépendance des personnes qu'il accueille. Est considérée comme dépendante, au regard de ce mode d'évaluation, « toute personne qui a besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ». On retrouvera un exemple de grille en annexe (Annexe 1). Le graphique n°1 présente la population des résidents en fonction de cette grille.



Graphique n°1 : Effectifs des résidents de l'établissement selon l'évaluation AGGIR.
GIR 6 = Très autonome ; GIR 1 : Très dépendant.

Au moment de l'étude, on dénombre 80 résidents en tout. Près de 26% d'entre eux sont considérés comme extrêmement dépendants, selon les critères donnés par la cotation AGGIR. Il s'agit de personnes âgées ne pouvant pas sortir de leur lit, et ayant besoin d'aide pour toutes les

activités basiques de la vie quotidienne (habillage, repas, levé du lit, etc.). On note également qu'aucun résident n'est évalué GIR 6, il n'y a donc pas de résident complètement autonome.

Les résidents sont répartis sur 3 étages au sein de l'établissement, conformément à la figure n°1 ci-dessous représentant un seul des étages. Tous sont identiques.

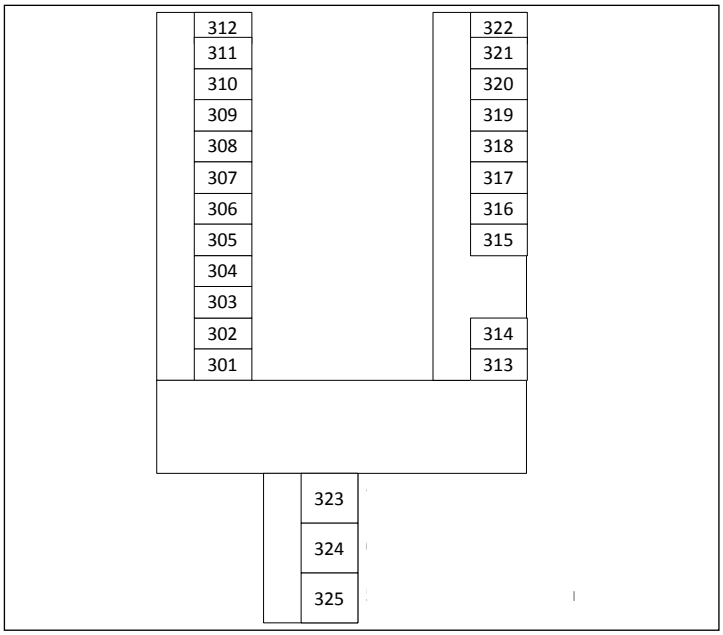
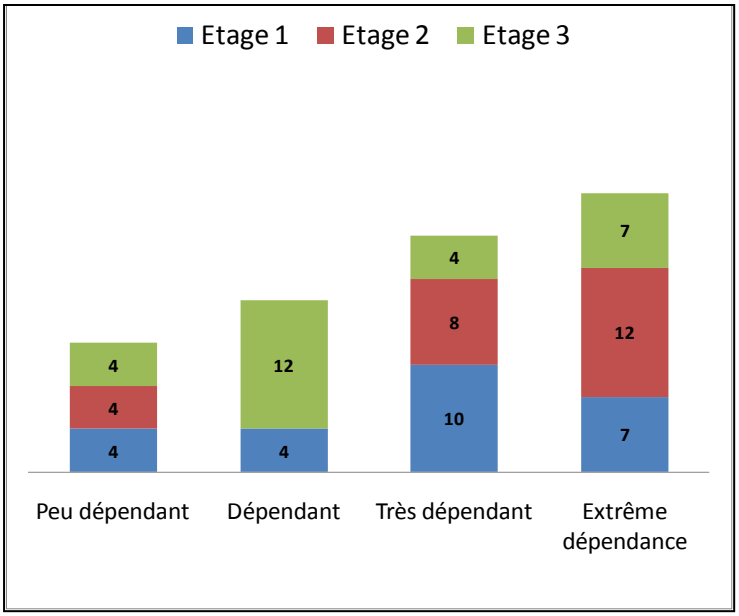


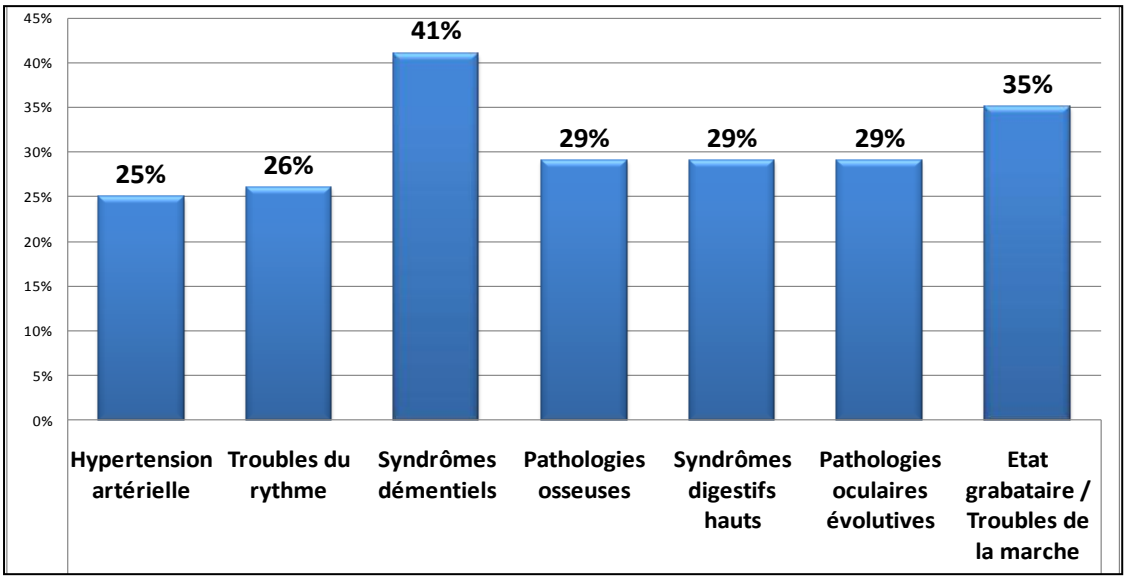
Figure n°1 : Plan d'un étage de l'EHPAD et positionnement des chambres

Sur les trois étages la dépendance des résidents est hétérogène. L'étage 2 par exemple est celui dont les résidents sont le plus dépendant. Mais cela ne peut pas former une règle, puisque les chambres sont distribuées aux résidents arrivant en fonction des disponibilités. Il est donc possible que l'étage le plus contraignant en termes de charge de travail change au cours du temps. C'est ce que nous avons pu observer au cours des 11 mois de présence sur le terrain. Le graphique n°2 ci-dessous montre l'état de dépendance en fonction des étages lors de notre arrivée dans l'établissement. N'ayant pas eu accès aux données médicales sur les résidents, nous avons procédé, avec des opératrices, à l'évaluation du degré de dépendance. Pour cela nous avons établis plusieurs critères avec elles : le degré de prise en charge, la capacité du résident à faire les choses de la vie quotidienne, et la difficulté ressentie à s'occuper d'un résident en particulier.



Graphique n°2 : Répartition des résidents par étage et par degré de dépendance (Évaluation opératrices)

Les pathologies rencontrées dans l'EHPAD sont multiples. On notera que plusieurs pathologies peuvent être retrouvées chez un même résident. Le graphique n°3 montre que 41% des résidents accueillis ont des syndromes démentiels, et que 35% d'entre eux ont des difficultés à se déplacer.

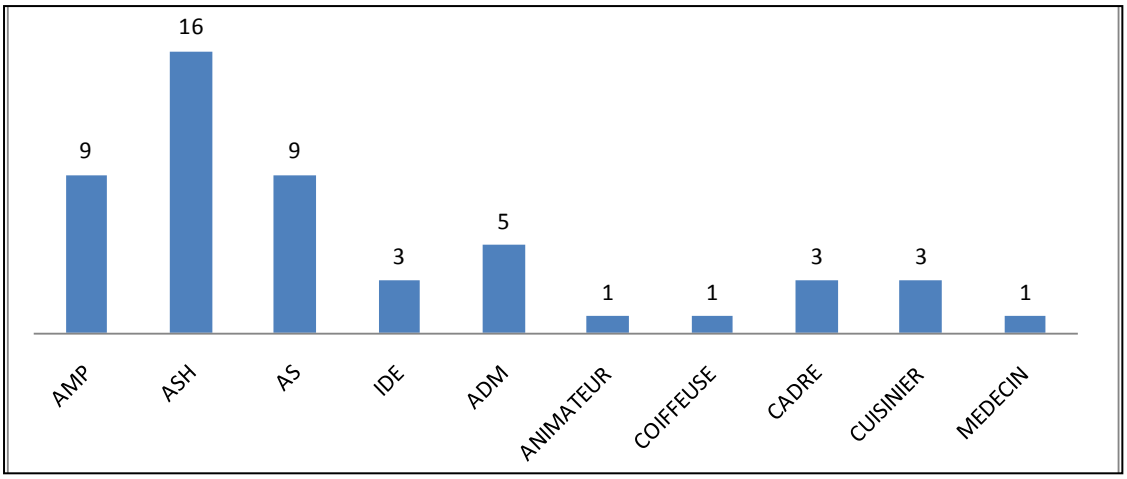


Graphique n°3 : Fréquence et répartition des pathologies rencontrées dans l'EHPAD

D'après ces données, les pathologies les plus fréquentes sont celles liées aux démences, que ce soit la maladie d'Alzheimer ou non. Cela indique un degré de dépendance élevé. Ceci est également confirmé par le calcul du « GIR pondéré moyen » permettant à l'établissement de se comparer aux autres établissements de la région ou au plan national. L'EHPAD ayant permis le recueil de données pour cette recherche fait partie des 40 établissements de la région Ile-de-France ayant un taux de dépendance parmi les plus élevés.

1.3. La population des soignants et les indicateurs de santé

Nous décrirons dans cette partie les caractéristiques du personnel soignant. Nous présenterons ensuite plus précisément la population d'AS et d'ASH ayant fait l'objet des observations.

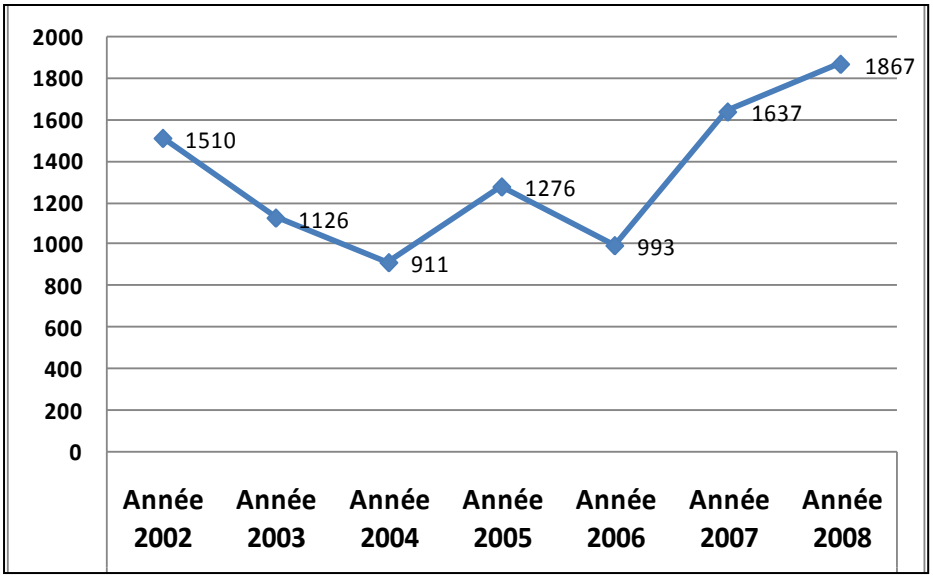


Graphique n°4 : Effectifs des personnels de l'EHPAD par métier

D'après les données recueillies, l'établissement compte 51 salariés. Les ASH, AS et AMP (aide médico-psychologique) sont les personnels les plus nombreux (cf. graphique n°4). Les verbalisations recueillies par ailleurs montrent que les AS et les AMP réalisent exactement le même travail. Dans les faits, les AMP sont assimilés aux AS, alors que leur formation est différente. Les AMP possèdent des qualifications au plan de l'accompagnement psychologique des personnes âgées. Elles sont formées à la mise en place et à l'animation d'ateliers, dont le contenu favorise le maintien de l'autonomie des résidents. Dans l'EHPAD, ce rôle est pris en charge par l'animateur. Les AMP déplorent le fait de ne pas organiser ces ateliers elles mêmes, mais, au vu de la charge de travail en termes de soins, elles acceptent d'une manière générale de ne pas pratiquer ce pour quoi elles ont été formées. Elles possèdent également des qualifications permettant de réaliser des soins aux résidents, au même titre que les AS.

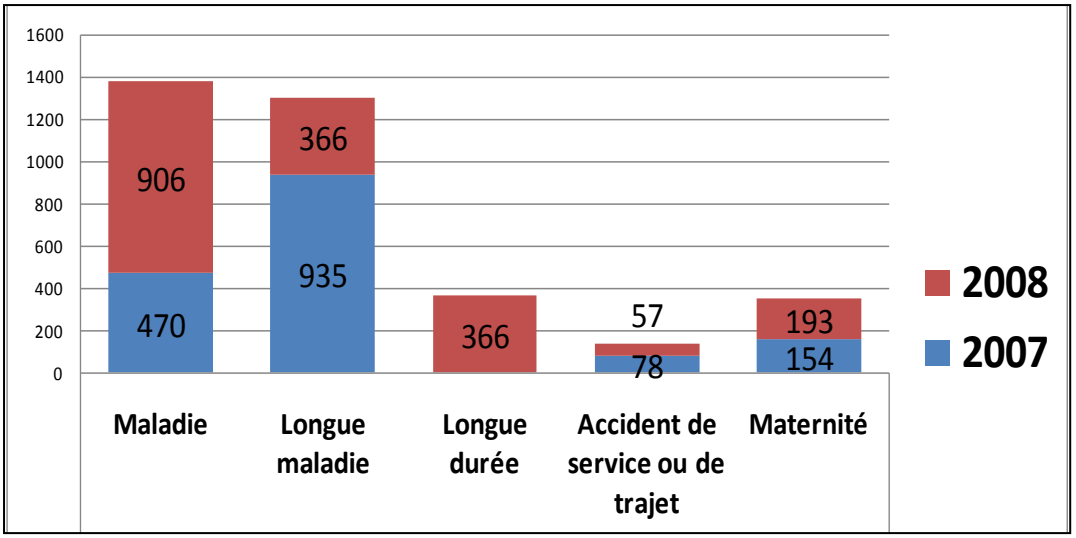
Par ailleurs, le service des ressources humaines de l'établissement ne réalise pas de suivi statistique de la population des soignants, ce qui ne nous a pas permis d'obtenir un certain nombre d'éléments, notamment les âges de ces personnels.

De même, les indicateurs de santé restent trop génériques pour pouvoir en tirer des tendances et des pistes pour l'analyse du travail. On constate toutefois une tendance à l'augmentation des journées d'absences depuis 2005, année du passage de l'établissement au statut d'EHPAD (cf. graphique n°5).



Graphique n°5 : Nombre de jours d'absence par an du personnel de soin, entre 2002 et 2008

Les données disponibles sur les causes de ces absences sont peu précises (cf. graphique n°6).



Graphique n°6 : Nombre de jours d'absence en fonction de la cause déclarée, années 2007 et 2008

On constate que la majorité des jours d'absence sont liés à des arrêts pour « maladie » ou « longue maladie ». Ces indicateurs ne nous permettent pas d'établir de lien entre les caractéristiques de la population des soignants et les arrêts de travail. Cette opération est d'autant plus difficile à réaliser que les données brutes n'existent pas toujours.

Ces données, uniquement disponibles sur l'année 2009, ne nous permettent pas de tirer d'axes de travail pour notre étude. Néanmoins, un certain nombre de verbalisations recueillies lors des autoconfrontations pourraient expliquer la pauvreté des indicateurs de santé (encadré n°1)

Encadré n°1 : Extrait issu d'une autoconfrontation collective. Confrontation de logiques sur les déterminants de l'absentéisme.

Cadre RH : « c'est vrai que avant, les agents déclaraient pas… enfin s'arrêtaient moins entre guillemets, et… l'évolution de la société, maintenant avec la prévention et la médecine du travail… « attention, déclarez bien »… donc il y a dans les maladies professionnelles d'aujourd'hui des maladies que les agents ne faisaient jamais passer en maladie professionnelle auparavant… c'est ça que je voulais soulever comme problème »

[…]

Infirmière : « Moi je trouve que ça s'est aggravé parce qu'il y a beaucoup plus de dépendance qu'avant. Il y a une dégradation au niveau des soins parce qu'avant il y avait pas autant d'escarres. Aujourd'hui on rentre dans un processus d'escarres, d'escarres, ça aussi ça aggrave la situation de la personne ! Si il y a plus de dépendants le personnel ne suffit plus… les gens ne prennent pas le temps qu'il faut - ah ! voilà ! … »

Cet extrait amène plusieurs commentaires. Premièrement, on peut faire l'hypothèse d'une sous déclaration des accidents ou des maladies professionnelles. Notamment lorsqu'il s'agit uniquement de douleurs, pouvant potentiellement se développer en pathologie chronique par la suite, par exemple en TMS. Deuxièmement, deux logiques s'affrontent ici : 1/ la logique de l'encadrement, qui explicite l'augmentation des troubles de la santé par une augmentation des maladies professionnelles reconnues, mais pas par une dégradation des conditions du travail et 2/ la logique de l'activité, selon laquelle l'augmentation de la dépendance des résidents pourrait expliquer la dégradation des conditions de travail.

Il est intéressant de souligner que l'infirmière effectue un lien entre le temps nécessaire à la réalisation du soin et la dépendance des résidents. Les indicateurs de santé, aussi incomplets soient-ils, nous ont tout de même permis, une fois remis en débat, d'orienter notre travail autour des conflits de temporalités, car, tout le monde le reconnaît au sein de la structure, plus il y a de dépendance et plus il est nécessaire de passer du temps avec le résident. Mais ce temps n'est pas toujours disponible. On sait donc, du point de vue de l'activité, ce qu'on délaisse pour aller au plus urgent, mais nous faisons l'hypothèse que cela n'est pas sans conséquence sur la santé des opératrices. Nous reviendrons sur ces questions dans la partie « résultats » et dans la « discussion ».

2. Travail prescrit et organisation du service « soin »

Les stratégies que nous décrirons dans la partie « résultats » sont toutes issues des matinées de travail observées. D'après les opératrices, cette période est celle qui leur demande le plus de coordination pour réaliser les tâches. Les tâches qui doivent être réalisées le matin sont également celles qui posent le plus de problèmes : réalisation des toilettes de l'ensemble des résidents, petits déjeuners en chambre, réalisation du ménage, etc.

Nous décrirons donc dans cette partie l'organisation prescrite lors de la matinée de travail, qui nous permettra de faire un certain nombre de commentaires, notamment sur les conflits de temporalités, dans l'analyse des résultats. On retrouvera le déroulement prescrit de la matinée, et toutes les précisions, en annexe (Annexe 2).

Les horaires du service du matin s'étendent de 6h30 à 14h15. Le service débute par la transmission avec l'équipe de nuit et se termine par la transmission à l'équipe de l'après midi. Trois temps ont été identifiés dans le découpage prescrit des tâches :

1) le « nursing » des résidents : il se déroule de 6h45 à 8h00, puis de 10h à 12h. Il s'agit de la toilette, habillage, tri du linge, etc. ;
2) la distribution, l'encadrement, et le débarrassage du petit déjeuner : le repas du matin est distribué en chambre. La distribution doit démarrer à 8h00, et se terminer à 9h00. Le débarrassage doit démarrer à 9h00, et se terminer à 9h45 ;
3) le repas du midi : il démarre à 12h00 et se termine à 13h45 par le retour des résidents en chambre. A 13h45, c'est le début de la transmission de fin de service. Une pause repas pour le personnel est prévue de 12h45 à 13h15.

La figure n°2 présente le déroulement prescrit d'une matinée de travail, et la répartition des tâches entre AS et ASH.

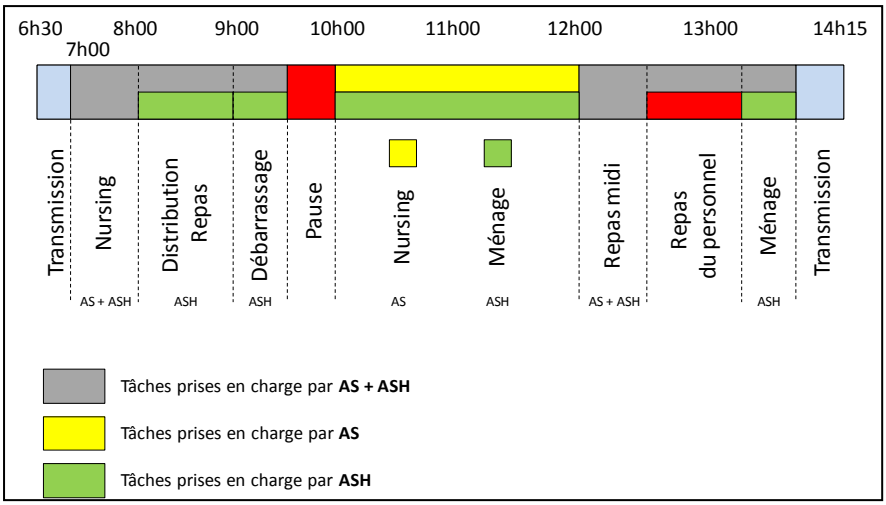


Figure n°2 : Déroulement prescrit d'une matinée de travail et répartition des tâches entre AS et ASH

3. Contexte de la recherche : la demande sociale et sa reformulation

Notre travail de recherche s'inscrit dans le contexte d'une intervention ergonomique sur les risques psychosociaux. Nous commencerons par décrire la demande sociale et son historique, puis les choix d'intervention qui ont été faits, ce qui nous amènera à présenter notre mode de recueil de données en fonction de nos objectifs de recherche.

Nous l'avons vu, on constate d'une part une pression temporelle forte lors de l'activité de travail, et d'autre part un public fortement dépendant. Nous décrirons ici la demande formulée par la directrice de l'établissement et la reformulation qui a été proposée à l'ensemble des acteurs pour construire un plan d'action autour des questions de souffrance au travail et des risques psychosociaux.

3.1. La demande d'intervention

L'intervention ergonomique prend comme point de départ une demande sociale adressée au cabinet de consultant en ergonomie et psychologie du travail AXErgonomie. L'année précédant notre arrivée dans la maison de retraite, ce cabinet, mandaté par l'Association de Médecine du Travail d'Ile-de-France (AMETIF), avait déjà réalisé un diagnostic, dans lequel étaient mis en évidence un ensemble de problèmes :

- l'activité sous forte contrainte de temps ;
- l'existence d'une souffrance liée au travail chez le personnel mais aussi chez les cadres de l'établissement ;
- la nécessité de prendre en compte et de traiter les risques psychosociaux ;
- la nécessité de poser et de construire, au besoin, un cadre d'organisation du travail clair et partagé ;

Ce premier diagnostic avait été réalisé par le cabinet d'ergonomie dans un temps d'intervention restreint. C'est dans ce contexte qu'une seconde demande sociale émane de la directrice de l'établissement, qui souhaite voir avancer ces différentes problématiques. La directrice propose donc de poursuivre le travail engagé lors du diagnostic, en accompagnant un plan d'action dans l'établissement. Elle souhaite également que ce travail puisse permettre d'alimenter les connaissances sur le métier pour mieux organiser le travail, et que ces connaissances lui soient utiles à la réalisation de son dossier de financement auprès des instances publiques (DASS, Conseil général, etc.), pour mieux justifier le choix des projets qu'elle exposera dans ce document (travaux d'accessibilité par exemple).

3.2. Construction de l'intervention

Pour répondre à la demande, l'accompagnement du plan d'action lui a été proposé sous la forme suivante par le cabinet d'ergonomie : un comité de pilotage sera mis en place pour permettre l'implication de tous dans la réflexion et le suivi des transformations qui seront effectuées. Les propositions d'amélioration seront réalisées dans le cadre de groupes de travail anonymes, dont la participation se fonde sur le principe du volontariat. Nous décrivons ci-dessous chacune de ces instances.

Le comité de pilotage

Le comité de pilotage est composé de 16 membres représentatifs du personnel de l'établissement lors du début de l'intervention. L'objectif de cette représentativité était de faire du comité de pilotage une instance intégratrice des différents points de vue, et également une instance décisionnaire. Son rôle consiste à prendre connaissance de l'avancement des groupes de travail, puis à prioriser les pistes d'amélioration proposées. Au cours de l'intervention, pour que chaque membre du comité puisse posséder un exemplaire des solutions proposées en groupe de travail, un outil (sous forme de tableau) a été mis en place. Il décrit :

- Le groupe de travail duquel est issue la proposition de solution ;
- le thème auquel il se rapporte ;
- la problématique soulevée qui vient justifier qu'il faille y apporter une solution ;
- les conséquences de cette problématique pour les opératrices et opérateurs, au cours de l'activité de travail ;
- les conséquences éventuelles sur la qualité du travail effectué.

Pendant le temps de la recherche, le comité de pilotage s'est réunit 8 fois. Nous avons contribué à l'animation de ces réunions durant tout le déroulement de l'intervention.

Les groupes de travail

Au cours de l'intervention, huit groupes de travail se sont déroulés. Les thèmes traités lors de ces sessions étaient sélectionnés par le comité de pilotage. Au départ, une quarantaine de thèmes ont émergés lors des discussions avec le comité, puis nous avons procédé, avec eux, à une sélection des thèmes fédérateurs au sein du collectif, qui allaient ensuite être traités en groupe de travail. Les thèmes traités sont les suivants :

- Le matériel ;
- La santé du personnel ;
- Le binôme AS/ASH ;

- Soin et prendre soin ;
- Les contraintes temporelles du travail ;
- La communication interservices ;
- Le travail de l'administration ;
- Les remplacements.

Dans le déroulement du groupe de travail, un film de l'activité de travail était présenté. Il s'agissait d'un montage des films d'observation que nous avions recueillis sur le terrain, avec l'accord systématique des personnels et des résidents, lorsqu'ils devaient apparaître sur le film.

Le film était projeté une première fois sans coupure. Une discussion s'engageait alors suite à ce premier visionnage. Les opérateurs pouvaient s'exprimer « à chaud » sur le contenu du film, sur les pratiques qui y étaient présentées, etc. Suite à cette discussion, le film était relancé du début, et stoppé dès lors qu'un des participants au groupe souhaitait s'exprimer et développer un aspect particulier de la situation de travail visionnée.

Un compte rendu oral était réalisé en fin de groupe de travail, pour confronter notre compréhension des problèmes posés à ce qui avait été dit par les opérateurs.

Au début de chaque film était mentionné l'aspect confidentiel des données présentées, ainsi que l'esprit dans lequel nous appréhendions les discussions, c'est-à-dire vers une compréhension des pratiques mises en œuvre, et non leur jugement, et encore moins celui des collègues directement.

La recherche que nous présentons développe un point particulier de l'intervention à laquelle nous avons participée. Les données recueillies sont issues des groupes de travail « soin et prendre soin », « les contraintes temporelles du travail », et « la santé du personnel ».

4. Filmer le travail, un outil pour la compréhension de l'activité. Apports, limites et statut de la vidéo pour la recherche

La fonction du film dans le champ de l'analyse du travail revêt plusieurs formes (Lacoste, 1997). Le film peut être réalisé pour « stabiliser l'activité », c'est-à-dire pour mieux en comprendre les ressorts, gestes, coordinations entre acteurs, mimiques ou mouvements dans l'espace. Il peut également servir à « libérer la parole », c'est-à-dire à lever les difficultés rencontrées par les opérateurs pour verbaliser leur activité de travail (Lacoste, op. cit. ; Bainbridge, 1999). Le film permet dans ce cadre de recontextualiser l'activité pour favoriser la verbalisation.

Dans la pratique, l'utilisation de la caméra pose un certain nombre de problèmes que nous tenterons de poser ici, de manière à pouvoir mieux justifier nos choix méthodologique par la suite. Falzon (1997) indique deux types de difficultés qui peuvent être rencontrées :

- le choix la prise de vue : il est tentant pour le chercheur de modifier les conditions de réalisation du travail pour améliorer la qualité de son film : luminosité trop faible, angle de vue ne permettant pas de visionner sur les images l'ensemble des opérateurs impliqués dans la tâche, etc. sont autant de contraintes qui peuvent poser problèmes lors de l'enregistrement. Par ailleurs, la présence de la caméra, à l'instar de celle de l'observateur, peut déformer l'activité de l'opérateur ;
- le coût des dépouillements : le dépouillement de données vidéo est vite coûteux pour le chercheur, sauf si l'objectif de la recherche est « uniquement » de repérer la survenue de tel ou tel événement, comme c'est le cas dans notre recherche. Falzon (op. cit.) ajoute à ce propos : « dans ce cas, d'ailleurs, pourquoi fallait-il filmer ? » (p. 20). Question pour le moins primordiale sur laquelle nous reviendrons ;

Tentons ici de revenir sur ces questions dans le cadre de notre recherche, intégrée à un dispositif d'intervention particulier que nous avons déjà décrit. Le cadre de l'intervention posait d'emblé l'utilisation du film comme moyen de la transformation, dans le cadre des groupes de travail. Ainsi, la méthode d'autoconfrontation collective que nous utilisons dans la recherche va permettre de répondre à ses deux fonctions principales, bien décrites par Mollo (2004) : d'une part cette méthode possède une visée de compréhension de l'activité, ce que nous recherchons dans le cadre du présent travail, et d'autre part, elle s'inscrit dans une visée développementale, ce que recherche l'intervenant en ergonomie. Le premier élément que nous mettons en avant pour justifier le choix du film est donc celui du contexte dans lequel la recherche s'inscrit : un contexte d'intervention dont la méthodologie vise le développement, mais qui peut, ce faisant, nous servir à la compréhension l'activité de travail des AS et ASH de l'EHPAD, et alimenter en retour les orientations de l'intervention.

Reste la question du dépouillement. Notre recherche a une visée exploratoire, dans ce cadre elle cherche à construire un cadre théorique permettant l'analyse de l'activité des soignants sous un jour nouveau, utilisant pour cela les travaux de De Keyser (1994, 1996) sur la temporalité dans le travail, en les croisant aux travaux récents sur les indicateurs de risques psychosociaux (Gollac, 2009). Dans cette optique, le dépouillement ne pose pas le problème, soulevé à juste titre par Falzon (1997), car il s'agit d'identifier les stratégies de régulations mises en place par les opératrices. L'usage de la vidéo reste néanmoins nécessaire pour permettre le recueil des verbalisations sur les stratégies identifiées, dans la mesure où on considère, comme Lacoste (1997), que l'explicitation hors contexte de l'activité est rendue plus difficile aux opérateurs.

En effet, l'utilisation de la vidéo ouvre le questionnement au visible et au non visible, c'est-à-dire à ce qui se voit du travail dans le film et à ce qui se dit autour, qui permet d'en voir plus (Béguin, 1997). Par exemple l'explicitation de son activité par un opérateur va amener le chercheur à

comprendre ce qui sous tendait ses actions, élément non visible au départ. C'est donc finalement des « relations entre l'image et le mot » dont il est question. Dans ce cadre, la vidéo a le statut d'objet intermédiaire, elle est un médiateur permettant aux opératrices de verbaliser leur activité. Elle permet de remettre le travail au centre du débat social de la structure (Prunier-Poulmaire, & al., 2009). Elle ne constitue donc pas une finalité en soi, mais un outil pour décrire ce qui se joue dans l'activité qui ne peut se voir à l'œil nu. Cette perspective est intéressante pour notre recherche, puisque les stratégies de régulations sont par nature inobservables. Il nous est impossible d'identifier une stratégie sans savoir à quelles contraintes antagonistes elle répond. La méthode utilisée permet donc à la fois l'identification des stratégies mises en place, mais également, par le biais des verbalisations, les conflits de temporalités auxquelles elles répondent. La vidéo permet dans ce cadre de rendre visible ce qui ne l'était pas, notamment le travail de care, pour étayer nos descriptions et nos analyses.

5. La méthode d'autoconfrontation collective : un outil au service de l'intervention et de la question de recherche

La méthode que nous utilisons dans le but de mieux comprendre et de mieux décrire les stratégies de régulation des opératrices, se situe dans la lignée des travaux de Mahmdi (1998). Cet auteur a travaillé au développement des connaissances collectives sur le travail et à l'amélioration de la prévention des risques professionnels, de manière à permettre la mise en place de solutions adéquates par intégration des différents points de vue. Il réunit un ensemble d'opérateur de même métier, ainsi que leur hiérarchie de proximité, et leur propose de visionner un film de quelques situations de travail. Ces films sont ensuite discutés et débattus. De ces discussions, émergent des solutions possibles qui prennent en compte l'ensemble des points de vue des participants. C'est la méthode des ARCAV (Activités de réflexion collective assistées par vidéo).

Mollo et Falzon (2004) conceptualisent cette méthode et la situe vis-à-vis des autres méthodes existantes : autoconfrontation individuelle, alloconfrontation individuelle, autoconfrontation croisée, autoconfrontation collective. Dans ce cadre, l'autoconfrontation collective permet d'une part le développement des connaissances individuelles sur les situations de travail, et d'autre part le développement des connaissances collectives.

Au cours de l'autoconfrontation collective, un groupe d'opérateurs verbalise à propos de l'activité filmée d'un membre du groupe. De cette manière on peut accéder, en tant que chercheur ou praticien, à (Mollo, & Falzon, op.cit.) :

- l'explicitation des représentations des membres du groupe ;
- la construction d'un savoir et de représentations partagés ;

- l’évaluation des nombreuses pratiques professionnelles et les solutions qui résultent de la construction du savoir partagé.

Au-delà de permettre la compréhension des représentations, contraintes et tâches relatives au travail, la méthode présentée permet le développement de ces connaissances entre les professionnels eux-mêmes (Mollo, & Falzon, 2003). Pour cette raison essentielle la méthode s’inscrit parfaitement dans le cadre de la recherche et dans celui de l’intervention, puisque ce que nous souhaitons faire c’est précisément : 1/ de comprendre les ressorts de l’action, pour déterminer comment les opératrices « font avec » ou « font face » aux conflits de temporalités, et 2/ de favoriser le développement des connaissances entre les opérateurs et opératrices d’un même métier, et également entre les divers métiers existant dans l’EHPAD.

Cette perspective développementale possède une fonction dans l’intervention menée, pour permettre la mise en débat des pratiques professionnelles, pour rétablir la discussion sur le contenu du travail, et pour sortir de la sur-généralisation du discours souvent associée à la problématique des risques psychosociaux. De plus, la santé, prise sous l’angle du pouvoir d’agir (Clot, 2008), peut être vue comme la capacité à avoir une influence sur son contexte (Canguilhem, 2002). La méthodologie présentée favorise le développement de cette interaction « organisation/opérateurs » par le développement et la construction des activités méta-fonctionnelles (Falzon, 1994), et par le développement du pouvoir d’agir, c'est-à-dire débattre du travail pour être en capacité de l’expliciter, de le défendre et d’agir sur ses conditions de réalisation. Les activités méta-fonctionnelles constituent les activités non directement orientées vers la production immédiate, « activités de construction de connaissances ou d’outils (outils matériels ou outils cognitifs), destinés à une utilisation ultérieure éventuelle, et visant à faciliter l’exécution de la tâche ou à améliorer la performance. » (Falzon, op. cit., p. 2)

Au cours des groupes de travail, les opérateurs seront donc en autoconfrontation collective, en position de questionner le « pourquoi » et le « comment » de leurs actions (Mahmdi, 1998). Dans ce cadre ils mènent des activités réflexives sur les caractéristiques propres de leurs situations de travail et des tâches à réaliser, mais aussi sur les conditions de leur réalisation.

Schön (1983), propose de conceptualiser ce type d’activité et montre comment elle est nécessaire pour la réalisation de certains métiers. Il décrit la notion de « dialogue avec la situation » que les concepteurs mettent en œuvre systématiquement pour produire et pour penser leur objet de travail. Ainsi, l’architecte qui conçoit un objet rencontrera un certain nombre de résistances dans le réel qui orienteront ses décisions futures sur cet objet. Schön (op.cit.) parle de « talks back » de la situation, c'est-à-dire de « retours » du réel face aux actions qu’on entreprend avec lui. Aussi, du côté du concepteur, on va répondre au réel sous la forme de « back talks ». Ce jeu de « question-réponse »

continu entre le concepteur et le réel forme le « dialogue avec la situation », et constitue en soi une forme d'activité réflexive.

Le terme apparaîtra plus tard, notamment dans les travaux de Mahmdi (1998), et dans ceux de Falzon (Falzon & al., 1997) dans l'optique d'en faire un outil méthodologique de construction des connaissances individuelles et collectives, des représentations partagées des situations de travail, etc.

D'après un certain nombre d'études (Falzon et al., 1998 ; Vidal-Gomel, 2007 ; Rogalski, & Leplat, 2009 ; Rogalski, & Marquié, 2004), il peut y avoir une accumulation de l'expérience professionnelle, sans pour autant qu'une construction d'expérience soit réalisée. En d'autres termes, il n'y a pas forcément dans l'action – par manque de temps ou par manque de reconnaissance de ce type d'activité par l'organisation – la mise en place par les opérateurs d'un processus d'abstraction sur leurs pratiques et leur expérience. Pour reprendre les termes de Pastré (2005), « on apprend d'avantage en analysant son action qu'en la reproduisant » (p.35). Il s'agit donc de favoriser la reconnaissance de ce type d'activité au sein de l'organisation.

L'autoconfrontation collective constitue dans ce cadre une manière à la fois de penser l'organisation du travail, une manière de créer un espace de partage des connaissances et des expériences de chacun, et l'occasion pour penser la pratique collectivement, c'est-à-dire de mener des activités réflexives. Pour la question de recherche qui nous intéresse ici, cette méthode permet également d'identifier collectivement les stratégies qui sont mises en place par les opératrices face aux conflits de temporalités, également identifiés dans ce cadre et par le biais des observations du travail.

6. Recueil de données

Le recueil de données s'effectue en deux temps. Premièrement, des observations du travail sont réalisées sur le terrain, auprès des AS et des ASH de la maison de retraite. Des films ont été fait à cette occasion pour nous permettre de construire des outils pour l'auto-confrontation collective.

La séance d'autoconfrontation est l'occasion pour nous de récolter les verbalisations et les débats entre les opératrices. Nous filmons pour cela la séance d'autoconfrontation elle-même. Le choix d'un film pour le recueil des verbalisations répond à un aspect pratique : il nous est nécessaire de pouvoir identifier, pour le bien de la recherche, l'opérateur ou l'opératrice qui intervient dans le débat. En effet nous craignions au départ qu'un enregistrement audio ne suffise pas à identifier le locuteur, empêchant ainsi un certain nombre d'analyses liées au positionnement des acteurs de la structure. Ces films, tant pour la recherche que pour l'intervention, sont confidentiels et ne sont pas diffusés dans l'établissement. Ils restent réservés à l'usage encadré par les « règles » du groupe de travail, correspondant à des règles déontologiques.

Dans un second temps nous reprenons le film du déroulement de cette séance pour en extraire les verbalisations et les échanges qui concernent les conflits de temporalités, les conflits éthiques et les stratégies de régulations mises en œuvre par les opératrices. Pour sélectionner ce matériel nous nous référons à certains critères que nous nous sommes fixés :

- les stratégies identifiées permettent à l'AS ou l'ASH de « gagner du temps », de façon directe ou indirecte ;
- elles permettent également de rendre compte d'une préservation de soi, d'un aspect collectif du travail, ou d'une tentative de maintien de l'autonomie des résidents ;
- elles font suite à un conflit que nous identifions, issu de l'imbrication des différentes temporalités en jeu dans la situation de travail considérée.

Une vingtaine d'opérateurs et opératrices ont participés aux autoconfrontations collectives. On retrouve globalement l'ensemble des métiers présents dans l'établissement. Pour le traitement des données, nous retenons les verbalisations qui mettent en avant l'aspect temporel de l'activité, les questions de maltraitance, la description des pratiques professionnelles des AS et ASH, et les questions d'éthiques. Nous reprendrons certaines de ces verbalisations dans la partie « résultats », pour appuyer l'analyse des stratégies de régulation.

Par ailleurs lorsque nous identifiions une stratégie, et lorsque les contraintes de terrain le rendaient possible, nous réalisions une analyse de l'activité, basée sur des observables que nous avions construit. Par exemple, le recueil du positionnement des opératrices dans les couloirs de l'étage nous a permit de comprendre les mécanismes de coordination en jeu et la répartition des tâches en fonction du temps. Certaines stratégies que nous décrirons seront donc argumentées autour d'observations plus systématiques, d'autres seront directement inférées des verbalisations réalisées en autoconfrontation. Néanmoins, les stratégies identifiées uniquement en autoconfrontation ont toutes été observées de manière récurrente, sans pour autant faire l'objet d'observations de l'activité plus approfondies.

ANALYSES ET RESULTATS

Dans cette partie nous décrirons d'une part les stratégies identifiées par l'analyse des données recueillies, et d'autre part, le rôle de la relation au résident identifiée comme condition préalable à la coproduction du service. Nous proposerons ensuite une modélisation des effets et des déterminants des stratégies de régulation.

1. Description des stratégies de régulation identifiées

Pour simplifier la lecture des résultats, nous avons procédé à une classification des stratégies selon deux de leurs caractéristiques fondamentales :

- les stratégies par « répartition des tâches » (Gonon, 2003 ; Barthe, 2003) ;
- les stratégies en temps partagé, entre pairs, ou au sein du binôme soignant/résident ;

Dans certains cas, ces caractéristiques ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Ainsi une même stratégie peut recouvrir une répartition des tâches et un partage du temps de réalisation des tâches entre plusieurs acteurs. Ce découpage nous permettra simplement d'apposer aux stratégies une « grille de lecture » facilitant l'analyse.

1.1. Les stratégies par répartition des tâches

Nous avons pu identifier 4 stratégies relevant de la répartition des tâches entre opératrices :

- « l'alternance » des réveils des résidents ;
- la répartition informelle des tâches au sein du binôme AS/ASH lors de la distribution et du débarrassage du petit déjeuner ;
- la répartition des tâches entre opératrices sur plusieurs jours consécutifs. Nous donnerons l'exemple du ménage dans les chambres ;
- l'aide d'une collègue à la réalisation d'une tâche difficile. Nous présenterons l'exemple de la résolution d'un conflit avec une résidente.

1.1.1. Organisation des réveils des résidents

La phase de nursing (7h00-8h00) débute par le réveil des résidents à partir de 7h00, après la phase de préparation du matériel (6h45-7h00). Deux AS et une ASH travaillent à chaque niveau. La question du « réveil » est extrêmement importante au sein de l'établissement. Etant centrées sur le résident – on nous rappelle souvent que « le centre de notre travail c'est le résident » – les consignes données aux AS et ASH sont claires : ne pas réveiller un résident qui dort. Il faut donc à la fois ne

pas « réveiller le résident qui dort » et à la fois les réveiller au plus vite pour leur donner leur petit déjeuner, les préparer au repas du midi, à la toilette, etc.

Nos observations montrent que dans tous les cas, le matin, les résidents ne seront pas levés à leur rythme, sauf exception. Le « réveil » prend plutôt allure de travail à la chaîne. On va réveiller les résidents « chambre après chambre », sans réellement tenir compte a priori de leur rythme, et donc au détriment de leur santé et de leur bien-être.

Encadré n°2 : Réalisation des réveils des résidents le matin

ASH : « Moi je sais que je préfère faire chambre après chambre… plutôt que de commencer par cette chambre, aller ensuite à une autre chambre qui est loin, et revenir à côté de la première chambre. .. moi ça me perturbe j'aime pas travailler comme ça. […] »

Cadre : « Vous réveillez le résident alors ? »

ASH : « Je les réveilles gentiment… »

Chercheur : « Pourquoi il ne faudrait pas le réveiller ? »

Cadre : « Ben, l'idéal serait d'aller chez ceux qui sont déjà réveillés »

AMP : « Bah des fois par exemple on peut travailler un peu alterné… par exemple le week end, comme aucun résident n'a d'activité on peut commencer plus facilement un coup au sud un coup au nord… »

Cadre : « Théoriquement il faudrait suivre le rythme du résident… »

AMP : « oui mais… »

Chercheur : « Alors on peut essayer de comprendre là… pourquoi c'est pas toujours évident de s'adapter au rythme du résident ? »

AS : « Parce qu'ils ne sont pas mis dans l'ordre des réveils en fait… si ça se trouve il y en a un qui veut se lever à 6h il est là, un autre à 7h il est tout au bout, etc. on s'en sort pas si on fait comme ça… »

AMP : « oui on s'en sort pas… »

Cadre : « oui nan mais bon… vous faites euh… vous faites au mieux… mais quand B. elle dit "je fais deux résidents à la suite de l'autre" euh… est ce que ce sont des… ce sont des gens ! »

Le conflit de temporalités se joue ici entre d'une part le temps du planning, qui indique que le nursing (lever, toilette, habillage, préparations diverses, etc.) doit être terminé à midi, heure du repas,

et d'autre part le rythme propre au résident, totalement indépendant des horaires du service de soin. De façon plus précise, la répartition des tâches entre AS et ASH entraîne une accentuation de la contrainte temporelle déjà induite par le planning. En effet, les AS et ASH vont travailler ensemble au nursing de 6h45 à 8h00. Durant cette période, il leur est donc possible de se répartir les réveils entre elles trois, et de prendre en charge les situations particulières (par exemple lorsqu'un résident a un rendez vous, on va le préparer en premier).

Au moment où l'ASH débute la distribution du petit déjeuner, les deux AS doivent réorganiser leur activité. Ainsi, l'une d'entre elles va s'occuper de réveiller tous les résidents « à la chaîne », tandis que l'autre va continuer le nursing. L'accentuation de la contrainte temporelle due au départ de l'ASH à 8h00 amène les deux AS à devoir réveiller le plus vite possible les résidents, pour pouvoir avancer dans le nursing, mais également pour que l'ASH soit en capacité de distribuer le repas. Gagner du temps sur la distribution permet aux AS de réutiliser ce temps lors de la réalisation des toilettes, après le petit déjeuner.

La figure n°3 est issue d'une analyse de l'activité d'une AS lors de cette période (avant le départ de l'ASH, puis après son départ). Ces données viennent confirmer les conséquences du départ de l'ASH à la préparation du petit déjeuner, et la nouvelle répartition des tâches qui en résulte.

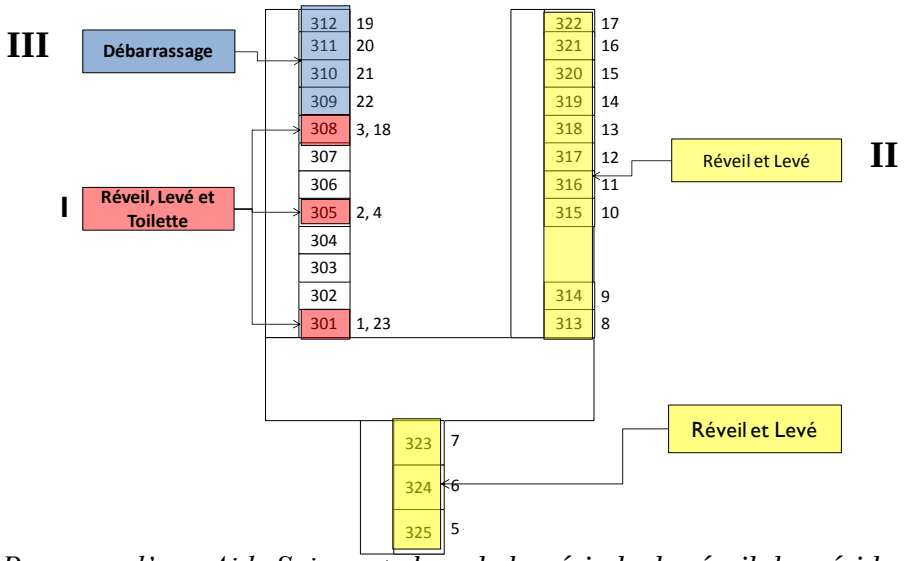


Figure n°3 : Parcours d'une Aide Soignante lors de la période de réveil des résidents (1, 2, 3, etc. = ordre de passage dans les chambres)

On distingue trois phases (I, II, et III sur la figure) dans le parcours effectué par l'AS, qui débute à 7h30. Premièrement (I) elle réveille, lève et fait la toilette de deux résidents (étapes 1, 2, 3, 4). Plus précisément elle va réveiller un résident (étape 1), puis réveiller, lever et faire la toilette d'un second résident (étape 2), puis réveiller, lever et faire la toilette d'une résidente (étape 3) et revenir faire le lit dans la chambre du second résident (étape 4). Lors de la première toilette (étape 2) il est 7h45, un

quart d'heure avant la distribution des petits déjeuners, tâche prise en charge par l'ASH. Les verbalisations simultanées de l'AS dans cette situation rejoignent celles faites par d'autres AS et ASH dans des situations similaires : « lui je le réveille juste avant le petit déjeuner, sinon il descend en salle à manger sans avoir eu sa toilette, et après il faut aller le chercher, le remonter, on perd du temps ».

Dans un premier temps il y a donc une stratégie mise en œuvre par l'aide soignante, visant à réveiller certains résidents à une certaine heure, et donc pas lorsque le résident souhaite se lever, relativement à la coordination avec d'autres tâches (ici la distribution des plateaux de petits déjeuners). Avant 8h00, l'AS est donc en capacité de choisir les résidents qu'elle va réveiller.

Dans une seconde phase (II), les réveils et les levers vont s'enchaîner « chambre après chambre ». Le rythme du résident, son désir de se lever ou non, ne constitue plus un critère de réveil : « il faut qu'ils soient prêt à recevoir leur petit déjeuner lorsque l'ASH arrivera avec son chariot ». Comme conséquence, l'AS va réveiller tous les résidents les uns après les autres (étapes 5 à 17).

Enfin la troisième phase (III) montre le début du débarrassage des plateaux par l'AS (étape 19 à 22), dans l'ordre de distribution des plateaux. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement, puisque l'AS n'est pas censée réaliser le débarrassage. Sur le schéma, la première chambre à avoir été servie par l'ASH est la chambre n°312, l'AS commence donc le débarrassage par cette chambre, puis continue de manière linéaire jusqu'au bout du couloir.

Dans cet exemple, le départ de l'ASH se situe entre les phases (I) et (II). On voit que l'AS entame alors le réveil « chambre après chambre ». Le conflit de temporalités en jeu lors du réveil des résidents est donc le fruit d'une incompatibilité entre le temps prévu pour la réalisation des tâches, leur temps effectif de réalisation (selon qu'on soit deux ou trois personnes pour les réaliser), et le temps de sommeil dont les résidents ont besoin.

Dans cette situation où les marges de manœuvres sont minces, les AS et ASH ont trouvé une astuce en organisant les réveils sur plusieurs jours pour prendre en charge une partie de ce conflit. Par exemple, le lundi, elles vont réveiller les résidents de l'aile nord en premier, et le mardi, ceux de l'aile sud. Cette pratique, qui nécessite de la coordination entre les opératrices pour se tenir informé de l'organisation des réveils de la veille ou de l'avant-veille, permet de prendre en compte de façon limitée le rythme des résidents en alternant les réveils.

Cette stratégie permet de résoudre en partie le conflit de temporalités évoqué ci-dessus. L'alternance permet de laisser dormir un peu plus longtemps un certain nombre de résidents. Néanmoins, certains résidents ne souhaitant pas dormir plus longtemps attendent dans leur lit

l'arrivée de l'AS. En ce sens, cette stratégie ne permet pas la prise en charge individualisée et la prise en compte des désirs et des besoins de chacun. Elle permet simplement de tenir compte, « au mieux », du rythme des résidents « par couloir ». L'absence de régulation de la part du personnel entraînerai un réveil systématique des mêmes résidents tôt le matin (7h00), influençant alors directement leur état de santé à long terme et son évolution vers une plus grande dépendance, ainsi que leur humeur à court terme, et donc la qualité de la coproduction.

1.1.2. Répartition informelle des tâches entre les AS et ASH pour répondre aux conflits temporels : l'exemple du débarrassage des petits-déjeuners.

Nous évoquions dans la partie précédente la prise en charge par l'AS du débarrassage des repas. Le travail prescrit indique que l'ASH devrait réaliser cette tâche. Au cours des observations, ainsi que dans le contenu des verbalisations issues des autoconfrontations collectives, nous avons constaté que la répartition des tâches entre AS et ASH ne correspondait pas toujours à la prescription. Nous avons donc cherché à comprendre ce qui déterminait cette redistribution des tâches entre les opératrices. Pour illustrer ce constat, nous présenterons ici l'exemple du débarrassage des petits déjeuners, qui commence à 9h00.

La figure n°4 présente les déplacements effectués selon les couloirs de l'étage, et la répartition des tâches entre l'AS et l'ASH ce matin là.

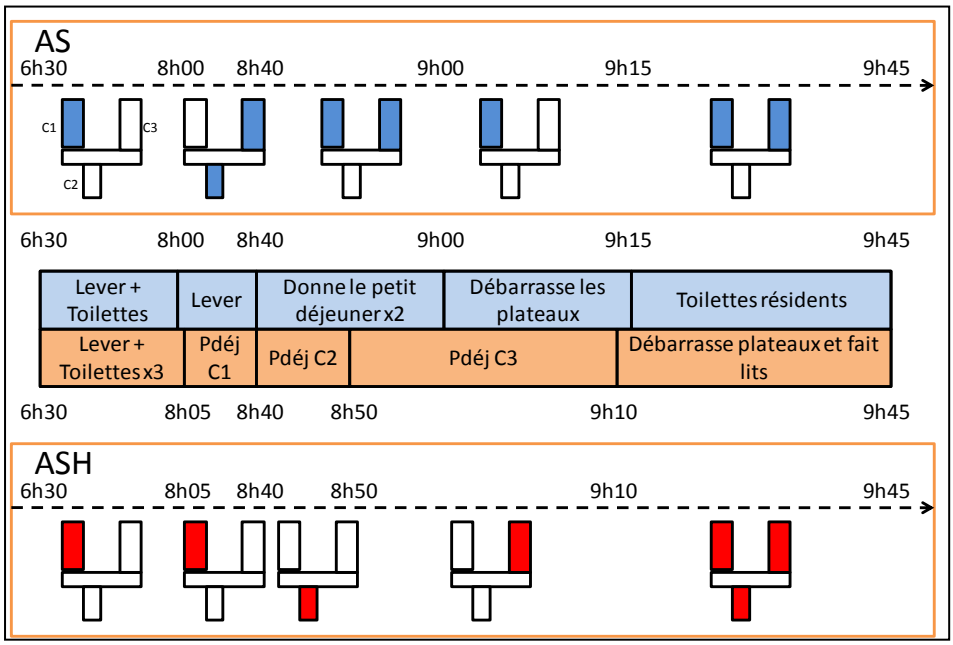


Figure n°4 : Déplacements effectués et répartition des tâches entre une AS et une ASH le matin. C1, C2, C3 = « couloir 1 », « couloir 2 », « couloir 3 »

A 6h30, l'AS et l'ASH réalisent des levers et des toilettes dans le couloir C1, nous avons décrit cette période d'activité dans la partie précédente. Deux éléments nous permettent ici d'approfondir

l'analyse. Premièrement, entre 8h00 et 8h40, pendant que l'AS lève et réveille les résidents en C2 et C3, l'ASH commence la distribution du petit déjeuner en C1, puisque les résidents ont déjà été préparés dans ce couloir. Il y a dans ce cadre une anticipation de l'activité de l'ASH par l'AS. Les verbalisations recueillies auprès de l'AS confirment cette hypothèse : « pendant qu'elle commence le petit déjeuner dans ce couloir (C1), je vais lever l'autre aile (C2 et C3) pour qu'ils soient prêt avant qu'elle arrive ».

Deuxièmement, entre 9h00 et 9h15, alors que l'ASH termine la distribution des repas en C3, l'AS commence le débarrassage des plateaux en C1. Là encore, l'AS prend les devants sur l'activité de l'ASH. Si l'on poursuit l'analyse, on se rend compte que la distribution des petits déjeuners par l'ASH dure jusqu'à 9h10, alors que, si l'on suit la prescription, cette tâche devrait se terminer à 9h00.

Nous pensons que la prise en charge par l'AS d'une partie du débarrassage des plateaux repas permet à l'ASH de prendre plus de temps pour la distribution. C'est pour elle un temps gagné pour s'adapter au mieux aux attentes des résidents et à la gestion des imprévus (par exemple lorsqu'il faut redescendre en cuisine chercher du café, du thé, ou du lait). La gestion des imprévus se fait donc collectivement, par une répartition informelle de certaines tâches. Ici, c'est la superposition de tâches qui auraient dues être réalisées l'une à la suite de l'autre par l'ASH (distribution, puis débarrassage) qui permet le gain de temps. Le fait de réaliser de manière simultanée la fin de la distribution et le début du débarrassage permet de gagner du temps à la fois pour l'ASH qui peut gérer les aléas, mais également pour l'AS, qui gagne du temps sur le démarrage des toilettes qui suivent le petit déjeuner.

On peut poursuivre l'analyse en termes de conflits de temporalités. L'encadré n°3 illustre la répartition des tâches décrite ci-dessus.

Encadré n°3 : Répartition des tâches entre AS et ASH lors du petit déjeuner

ASH : « C'est-à-dire, quand on commence le petit déjeuner, normalement notre premier couloir est pratiquement finit…(*elle parle du lever des résidents*) »

AS : « normalement oui… »

ASH : « oui sauf en cas d'exception mais… donc normalement le couloir (*C1*) est finit donc nous on démarre les petits déjeuners par ce couloir, le temps que les filles elles tournent. Elles commencent les petites toilettes au petit couloir (*C2*), l'autre nous lève l'autre côté (*C3*), ça fait que nous quand on arrive on tourne tranquille. »

[…]

ASH : « C'est-à-dire il y a des fois on va nous les mettre comme ça (*parle des plateaux repas lors du débarrassage par l'AS*), ou il y a des fois on va nous les empiler dans une chambre. Là ce matin avec les filles, ils m'ont débarrassé le petit couloir (*C2*) […] Mais il y a des fois on a pas besoin, bon moi ce matin les bols sur les deux longueurs (*C1 et C3*) j'ai pas eu besoin de vous (*s'adresse aux AS de son étage*)… Il y a des jours, comme là aujourd'hui je préfère qu'elles me laissent mes bols dans les chambres… et puis qu'elles elles avancent leur travail. Pour débarrasser les bols moi j'ai pas toujours besoin d'elles… Et puis comme ça ça permet aussi au dernier résident à déjeuner tranquillement… autrement attendez… il y a des fois le temps qu'on tourne, vous revenez sur les premiers bols, les résidents ils ont pas finit…»

AS : « oui mais ça dépend de l'heure parce que si je vois qu'il est déjà 9h10, je sais qu'il y a monsieur et madame X à mettre aux toilettes, donc je peux mettre monsieur et madame X aux toilettes, et ramener les plateaux. Donc ça ça les dérange pas du moment que nous on a fait un grand couloir et pour elle c'est bon quoi… c'est suffisant parce qu'elle finit le couloir sud (*C3*) et elle revient avec son chariot pour récupérer les bols du grand couloir et il lui reste plus que les bols du petit couloir (*C2*). Et moi je continue dans les toilettes parce que c'est vrai qu'il faut que je regarde l'heure aussi. »

Trois temporalités sont mises en avant par les opératrices. Celle du planning prescrit (« *ça dépend de l'heure […] il faut que je regarde l'heure aussi* »), celle liée au résident (« *Il y a des fois le temps qu'on tourne, vous revenez sur les premiers bols, les résidents ils ont pas finit…* »), et celle liée à l'enchaînement des tâches (« *donc normalement le couloir est finit donc nous on démarre les petits déjeuners par ce couloir, le temps que les filles elles tournent »).*

La répartition des tâches entre AS et ASH permet dans ce cadre d'articuler ces différentes temporalités : lorsqu'elles sont en retard sur le planning, l'AS va avancer l'ASH en commençant le débarrassage pendant que cette dernière termine la distribution. De cette façon l'ASH « rattrape » le temps perdu. Egalement, et en contre partie, l'ASH va avancer l'AS sur certaines tâches particulières, par exemple elle va faire les lits (ce qui ne fait pas partie de son travail prescrit).

La stratégie de répartition des tâches lors du petit déjeuner permet donc d'atteindre les objectifs temporels en ajustant l'attribution des rôles entre les AS et ASH. L'extrait ci-dessus mentionne également les limites liées à l'application de cette stratégie. En effet, lorsqu'il faut « rattraper le temps perdu » le rythme des résident pour terminer leur repas ne peut pas toujours être pris en compte (« *les résidents ils ont pas finit…* »). Par ailleurs, pour l'AS, le temps pris à la réalisation des tâches de l'ASH constitue un temps en moins pour la réalisation des toilettes des résidents. Ces toilettes seront donc effectuées en un temps restreint. Nous verrons dans la partie suivante des

exemples de stratégies en temps partagé mises en place par les AS pour faire face à cette restriction du temps.

1.1.3. L'aide à la réalisation des tâches difficiles : exemple d'un conflit avec une résidente lors d'une douche

Au sein de l'établissement, les toilettes des chambres ne sont pas équipées de douches. Ainsi, le personnel donne les douches aux résidents en fonction d'un planning établi par avance, dans une salle prévue à cet effet.

Nous avons observé l'appel d'une ASH, qui était en train d'effectuer le ménage dans les chambres, par une aide soignante qui demandait de l'aide pour convaincre une résidente de venir prendre une douche. Après plusieurs refus de sa part, le médecin coordinateur de l'établissement avait statué sur la nécessité absolue de donner une douche à cette résidente, qui n'en avait pas eu depuis déjà plusieurs semaines. Il demande donc aux AS et ASH, si la résidente oppose toujours son refus, de l'y amener de force, notamment de peur que la famille ne fasse des reproches sur la qualité des soins prodigués dans l'établissement.

C'est ainsi que, ce matin là, l'AS ne parvenant pas à convaincre la résidente, la coproduction ne pouvant se réaliser dans les meilleures conditions, elle vient faire appel à une ASH, pour qui la réalisation d'une douche ne fait partie ni de ses qualifications a priori, ni de son prescrit. Pour autant, les liens tissés au fil du temps entre cette ASH et cette résidente sont à même de permettre l'atteinte de l'objectif (doucher la résidente) à moindre coût. Lors de l'autoconfrontation collective le personnel revient sur cet événement (encadré n°4)

Encadré n°4 : La réalisation de la douche « forcée »

AMP : « Le médecin te dit que c'est une prescription médicale, la toilette… »

AS : « Je n'étais pas là mais paraît il que le médecin a dit « il faut l'obliger »… »

ASH : « Oui… oui c'est vrai. Et ce jour là elle a été douchée à 12h45… et moi je vais te dire moi ce jour là j'y étais… »

Coiffeuse : « 12h45 après manger ? »

ASH : « Non ! Elle était pas à table elle refusait d'aller à table, elle refusait de manger… le docteur a été la voir pour lui demander pourquoi elle voulait pas manger. Et puis moi je faisais mon ménage ce jour là dans le couloir… Il a été voir l'AS et il lui a dit « vous la prenez, vous l'amenez en douche »… et moi, on m'a demandé d'arrêter mon ménage, alors que j'étais au milieu de… fatalité j'étais là ce jour là… Alors j'ai arrêté mon ménage et je lui dis « mes chambres elles seront comme elles seront »… Je peux pas être en douche et être en chambre à faire le ménage. Par contre vu que

l'AS la prenait de force… elle s'est retournée vers moi et elle me disait « vous vous êtes gentille, vous vous êtes gentille »… et je suis arrivé à aider à faire la douche. Elle était plus détendue, mais elle était détendue parce que j'étais là… »

Coiffeuse : « ça veut dire que vous étiez à deux pour la douche ? »

ASH : « et ben oui. Mais si tu veux… »

Coiffeuse : « On peut comprendre hein qu'elle soit pas contente parce que à deux pour faire une douche… »

ASH : « Mais attend ! Elle s'est calmée et elle a pris sa douche parce que j'étais là ! »

Coiffeuse : « Mais pourquoi tu l'as pas fait toute seule dans ce cas ? »

ASH : « Bah vu qu'elle tenait pas debout je pouvais pas la faire toute seule… »

AS : « Non en plus elle peut pas rester seule parce que si il arrive un pépin elle est responsable… »

ASH : « Ce qui était positif c'est que, vu que je suis restée à côté d'elle à lui tenir la main, à la savonner et à lui parler… elle était détendue. A moi elle m'a dit… parce que ce jour là elle puait, il fallait pas qu'elle pue, d'après le docteur… bon… et de là… moi j'étais là avec elle… mais par contre, je vais te dire : l'AS, elle, c'était la « putain », elle s'en est pris plein sa gueule… faut voir les insultes qu'elle s'est pris… et tu vois il y avait le côté positif et le côté négatif. L'aide soignante euh… elle disait « ah vous vous êtes gentille elle c'est une putain ! » Elle l'a incendiée elle voulait la frapper lui tirer des coups de poing. Mais au final, la résidente elle était propre, elle sentait pas, mais nous on était pas satisfaites parce que c'était la forcer et c'était pas bon. »

Dans cet exemple, la relation au résident apparaît déterminante. Nous reviendrons sur cet élément important pour l'activité du personnel dans les parties suivantes.

L'aide de l'ASH permet à l'AS de réaliser la douche sans forcer physiquement la résidente. Cela permet également d'atteindre l'objectif prescrit par le médecin, c'est-à-dire de donner cette douche coûte que coûte. Par ailleurs, du point de vue de la santé du personnel soignant, cette aide, médiée par la relation établie entre l'ASH et la résidente, permet d'éviter les coups que pourrait donner la résidente, même si dans cet exemple il y a bien tentative. En revanche, cela ne permet pas d'éviter les injures.

Un autre élément est soulevé par la coiffeuse de l'établissement dans l'extrait ci-dessus. Elle s'étonne de la présence des deux soignants pour la réalisation de la douche. D'une part, le degré de dépendance de la résidente, et les installations matérielles dans la salle de douche obligent le

personnel à maintenir la résidente debout lors de certaines phases de la douche. Dans ce cas, l'ASH maintient la résidente debout, pendant que l'AS dirige le jet d'eau. Cela constitue une stratégie permettant de préserver sa propre santé, en évitant l'adoption de postures contraignantes. D'autre part, l'ASH n'étant pas habilitée à réaliser la douche, elle ne peut le faire seule puisque cela impliquerai sa responsabilité en cas de chute du résident par exemple.

Nous identifions deux temporalités en jeu :

- le temps du planning : cette douche « imprévue » doit être effectuée alors même que les tâches initialement prévues doivent être réalisées dans le temps imparti ;
- le rythme de la résidente : c'est le temps nécessaire pour qu'elle se calme, et que la coproduction soit possible. La stratégie d'aide joue sur cette marge de manœuvre en utilisant la relation avec l'ASH comme catalyseur, pour réduire le temps de négociation avec la résidente.

Nous pensons que les conflits de temporalités en amont de cet événement déterminent l'absence de douche donnée à cette résidente depuis plusieurs semaines. Cela constitue en soit une preuve des limites des stratégies de régulation du personnel soignant. En effet, dans cet exemple, c'est la prescription du médecin qui mène à la réalisation de la douche. Il faut donc attendre cette prescription pour que la douche soit effectuée, le personnel étant dans l'incapacité de prendre en charge ce problème autrement.

1.1.4. Répartition du ménage dans les chambres sur plusieurs jours consécutifs

Cette stratégie a été observée de façon systématique chez les ASH, lors de la réalisation du ménage dans les chambres. Dans ces situations le conflit de temporalité est flagrant : il est matériellement impossible de nettoyer toutes les chambres d'un étage dans le temps imparti. En effet, le ménage des 27 chambres de l'étage est prévu entre 10h00 et 12h00, puis entre 13h30 et 14h15. Il y a donc un conflit évident entre le temps imparti au ménage et le temps de réalisation de cette tâche par le personnel.

Du coup, les ASH s'organisent. Elles vont nettoyer une partie des chambres « à fond », et de manière plus superficielle les chambres restantes. Les prescriptions relatives au nettoyage des chambres indiquent la qualité attendue : il faut nettoyer les chambres « à fond » de manière systématique, chaque jour. L'encadrement, ayant bien intégré le paradoxe entre le temps disponible et le temps nécessaire pour réaliser ces tâches, laisse les opératrices « s'organiser entre elles ». Pour autant lors des contrôles (le cadre technique vient vérifier régulièrement, à l'improviste, l'état des chambres, propreté, état général, etc.), les critères de qualité retenus correspondent aux critères qualité de la prescription écrite. En ce sens, les opératrices doivent s'organiser entre elles pour

atteindre les objectifs, mais l'évaluation porte toujours sur la qualité attendue, et paradoxalement inatteignable. Ce paradoxe peut s'expliquer par l'état des relations interpersonnelles entre les cadres de l'établissement, qui ne peuvent trouver un accord sur les critères de qualité du travail. Nous pensons que cela se répercute sur l'évaluation lors des contrôles.

Pour réussir à nettoyer toutes les chambres de façon approfondie, les ASH s'organisent sur plusieurs jours. Elles répartissent le nettoyage « à fond » en général sur trois jours consécutifs. Ainsi le premier jour, elles vont nettoyer « à fond » les chambres 1 à 9 (serpillière, nettoyage des plinthes, des toilettes, du dessous de lavabo, etc.), puis effectuer un nettoyage de surface dans les autres chambres (serpillière, ramassage des déchets, nettoyage simple des toilettes). Le second jour, elles nettoient « à fond » les chambres 10 à 18, et ainsi de suite. Pour finalement réussir à nettoyer les 27 chambres « à fond » en 3 jours consécutifs.

Plusieurs facteurs peuvent intervenir : 1/ les « accidents » des résidents incontinents par exemple peuvent mener à devoir refaire une chambre « à fond » alors que l'ASH l'avait déjà réalisé la veille. Au bout du compte le roulement sur trois jours ne sera pas suffisant pour réaliser le ménage à fond dans toutes les chambres de l'étage. Le roulement peut donc parfois s'étendre sur 4, voire 5 jours, ce qui favorise la dégradation en termes d'hygiène des premières chambres ayant été nettoyées ; 2/ les ASH ne sont pas systématiquement présentes trois jours consécutifs, le maintien de cette stratégie nécessiterai donc la coordination des ASH entre elles sur le travail réalisé la veille, ce qui n'est pas toujours possible en fonction des jours travaillés par les unes et par les autres. Elles ne se croisent pas systématiquement pour en discuter et permettre cette coordination.

Pour pallier à cette dernière contrainte, l'encadrement à mis en place un système de suivi. Les ASH doivent remplir une grille, disposée sur les chariots de travail. On trouvera un exemple de cette grille en annexe (annexe 3). De cette manière, l'ASH qui travaille le mardi peut prendre connaissance de ce qu'une autre ASH a fait la veille, pour permettre à la stratégie de roulement de fonctionner. Cependant, la grille n'est pas du tout utilisée « de la bonne manière » par les ASH, du point de vue de l'encadrement. Pour elles, cette grille constitue un outil d'évaluation, qu'il faut donc la remplir au maximum. La grille présentée en annexe montre bien cet effet, puisque l'ASH, dans ce cas, a coché toutes les cases, pour être sûre que la qualité de son travail, sur le papier, correspond bien à celle véhiculée par la prescription.

Par ailleurs, lors des contrôles qualité par l'encadrement, les chambres sont visitées au hasard, indépendamment du système de roulement. La chambre visitée peut donc avoir été nettoyée à fond il y a plus de 5 jours, laissant alors la porte ouverte aux critiques et aux dénonciations, voire aux accusations de maltraitance.

Dans cet exemple, d'une part, les objectifs prescrits et la qualité du travail, non discutés au sein de la structure, sont inatteignables dans le temps imparti, le conflit entre les différentes dimensions temporelles en jeu est flagrant, et d'autre part, les stratégies et le système de roulement sont mis à mal, malgré une reconnaissance par l'encadrement d'un « travail difficile », auquel il faudrait faire face « coûte que coûte ». Les opératrices se retrouvent donc au final sans soutien de l'encadrement pour faire face aux difficultés, notamment parce que les critères d'évaluation du travail sont déconnectés du travail réel et conduisent parfois à accuser le personnel de ne pas faire son travail, voire à l'accuser de maltraitance. Le conflit non résolu dérive en mise en accusation des personnes.

1.2. Les stratégies en temps partagé

Nous avons identifié deux stratégies en « temps partagé » :

- le temps partagé avec le résident lors de la réalisation d'une toilette ;
- le temps partagé avec le résident lors de la distribution du petit déjeuner.

Nous présenterons ces deux stratégies dans cette partie.

1.2.1. Le temps partagé lors de la réalisation de la toilette

L'encadré n°5, issu des autoconfrontations, présente les liens entre l'autonomie des résidents et la possibilité pour l'AS de travailler en temps partagé.

Encadré n°5 : Liens entre autonomie et temps partagé

AS : « Le temps gagné aussi c'est par exemple euh… par rapport… il y a des patients qui peuvent faire le visage, qui peuvent faire le torse et entre temps nous on peu faire le lit… voilà on gagne du temps. »
Chercheur : « Donc ça c'est pour ceux qui sont autonomes »
AS : « Autonomes oui. Pour ceux qui arrivent à le faire eux même »
Chercheur : « et comment vous faites quand ils sont dépendants ou agressifs ? Ca doit changer à chaque fois mais qu'est ce que vous faites dans ces cas là, qu'est ce que vous dites ? »
AS : « Quand on n'arrive pas à le calmer qu'il est trop agressif on le laisse, il vaut mieux le laisser et revenir plus tard. »

Les faits relatés dans cet extrait ont été observés de manière récurrente. Pendant que le résident réalise lui-même une partie de sa toilette ou une autre tâche (se peigner, s'habiller, se raser, etc.), l'AS en profite pour réaliser les tâches annexes : faire le lit, ouvrir la fenêtre pour aérer, ramasser les déchets par terre, etc.

Cette stratégie trouve ses limites dans les cas où le résident est trop dépendant pour prendre en charge seul la tâche qui lui est confiée. Dans ces cas là, l'AS continue de partager son temps entre les différentes tâches, même lorsqu'elle sait que le résident ne réalisera pas la tâche qui lui est confiée.

Pourtant, nous pensons que les tâches qui sont laissées au résident dépendant, pendant que l'AS fait le lit par exemple, sont sélectionnées la plupart du temps pour leur facilité d'évaluation d'une part, et pour l'apport en termes de maintien de l'autonomie d'autre part. Par exemple, une des situations observées montre que l'AS laisse le résident se raser seul, pendant ce temps, elle va faire le lit. A son retour à la salle de bain, et à la demande du résident, elle vérifie rapidement la qualité du rasage. Elle indique ensuite au résident les endroits qui ne sont pas bien rasés, et repart finir de faire le lit.

Dans cet exemple, la tâche laissée au résident permet à l'AS, même lorsqu'elle n'est pas proche de lui, de connaître à la fois le degré d'autonomie du résident pour cette tâche, de contrôler que le rasage est de qualité, et de laisser au résident la possibilité de se servir du rasoir électrique, pour maintenir son autonomie. Cela ne pourrait pas fonctionner avec d'autres tâches, comme le nettoyage du haut du corps, qui ne laisse pas assez de « traces » visibles pour pouvoir être contrôlé après coup.

Une autre situation observée nous permettra de pousser l'analyse. Une AS donne un peigne à une résidente pour qu'elle se coiffe elle-même, pendant qu'elle s'occupe de faire le lit. La résidente tente de se coiffer, réalise le geste, mais ne touche parfois même pas ses cheveux. Le geste est alors fait « dans le vide ». Une fois le lit terminé, l'AS retourne auprès de la résidente, prend le peigne et la coiffe. Nous interpellons l'AS après coup, pour lui indiquer ces éléments d'observation et voir sa réaction. Elle nous explique que d'une part, « ça n'est pas grave » si la résidente ne sait plus bien se coiffer toute seule, l'important étant qu'elle utilise le peigne, et d'autre part que le fait de coiffer la résidente elle-même permet de nouer des liens avec elle, par le contact et par les mots qu'elle emploie.

Les temporalités en jeux sont multiples. D'une part, la toilette de tous les résidents de l'étage (environ 30 résidents) s'effectue entre 7h00 et 9h45, puis entre 10h00 et 12h00. Les AS ont donc 4h45 pour réaliser l'ensemble des toilettes, mais également les tâches connexes, comme l'habillage, les levers, les imprévus, etc. D'autre part, nous avons mentionné précédemment les difficultés rencontrées par les AS lors du petit déjeuner pour avancer dans la réalisation des toilettes. Il y a donc également une dimension temporelle liée au temps de réalisation des tâches, qui peut rentrer en conflit avec le temps prévu au planning. De même, les difficultés à résoudre un conflit de temporalité par les ASH lors du petit déjeuner peut rejaillir sur l'activité des AS, qui réalisent du coup une partie du débarrassage des repas, et qui ne font donc pas de toilettes pendant ce temps. Enfin la dernière dimension temporelle en jeu ici est celle du temps de réalisation des tâches par le résident lui-même.

Le temps d'une toilette va dépendre en partie du temps mis par le résident pour réaliser les tâches qui lui sont confiées par l'AS. C'est pour cette raison que nous pensons que l'AS ne donne pas n'importe quelle tâche à réaliser au résident :

- Les tâches confiées aux résidents dépendent à la fois de la facilité de contrôle pour l'AS, dans un souci de santé du résident, et du maintien de son autonomie, dans le souci de ménager la coopération avec le résident sur le long terme ;
- La sélection des tâches adéquates que l'AS va pouvoir donner à faire au résident est dépendante de la connaissance de ses pathologies, de ses habitudes, de ce qu'il aime faire ou non, etc. donc de l'expérience professionnelle ;
- Les tâches laissées au résident, lorsqu'on n'attend pas de lui qu'il les effectue réellement, ont pour caractéristique d'être rapidement réalisables par l'AS ou l'ASH, de manière à ne pas perdre de temps.

Sans la mise en place de cette stratégie, nous pensons que l'AS n'aurait pas le temps pour réaliser toutes les toilettes, où pas le temps pour nettoyer la salle de bain ou faire le lit, ou encore pas le temps pour habiller convenablement les résidents ou les laisser réaliser eux-mêmes les tâches. Elle devrait réaliser un compromis entre des dimensions qui sont toutes importantes. Cette stratégie permet à la fois la tenue du planning, le maintien et l'évaluation quotidienne de l'autonomie des résidents.

La relation soignant/résident comme préalable au travail en temps partagé

Un autre élément important peut mettre en échec cette stratégie. L'extrait suivant (encadré n°6) est issu d'une autoconfrontation sur les contraintes temporelles de l'activité de travail des AS et ASH. Ces verbalisations indiquent que plusieurs facteurs peuvent influencer l'humeur du résident et rendre plus difficile le travail en temps partagé. En effet pour pouvoir laisser le résident réaliser une partie de la toilette, il faut implicitement qu'il accepte de le faire seul. Cette acceptation semble en partie déterminée par son humeur, elle-même déterminée par le déroulement de l'activité en amont. Si l'activité s'est « bien passée », autrement dit si le résident n'a pas été troublé par tel ou tel événement, alors il y a de grandes chances pour qu'il accepte ce que lui propose l'AS, la laissant alors réaliser d'autres tâches pendant qu'il prend en charge lui-même une partie de la toilette. A l'inverse, certains éléments peuvent complexifier sa coopération.

Encadré n°6 : Les déterminants de la coproduction

AS : « il y en a qui veulent rester au lit hein… ils ont pas envie de se lever donc euh… mais il y a pas trop le choix quoi… donc ça peut les rendre agressifs. »

AS2 : « ça peut être aussi par rapport à quand il y a un manque de personnel… on prend du temps pour s'occuper des patients qui fait qu'à un moment on est prêt à s'occuper du patient lui-même… mais il est agressif du fait qu'on a pris trop de temps… »

Chercheur : « Vous avez pris trop de temps pour faire quoi ? »

AS2 : « … trop de temps pour venir à lui… il attend depuis un petit moment… mais c'est pas par rapport à nous c'est par rapport au manque de personnel. »

Chercheur : « Et le résident vous pensez qu'il se dit que c'est de votre faute à vous ou plutôt vous pensez qu'il sait qu'il y a un manque de personnel ? »

AS1 : « … ça dépend… pas tous… c'est pas leur problème hein ! "ils payent" comme ils disent… »

Ces éléments indiquent que la situation en temps partagé se construit. Elle ne peut être mise en place qu'à la condition que la relation soignant/résident soit établie sur un mode coopératif impliquant la confiance mutuelle. Dans l'extrait ci-dessus, l'heure du réveil du résident, son envie ou non de se réveiller et son humeur peuvent influer sur la qualité de cette relation. De même, le temps nécessaire à la réalisation des toilettes individuelles à un impact sur les toilettes à venir, notamment sur l'humeur du résident, qui influence également cette relation.

1.2.2. Le travail en temps partagé : exemple de l'activité de préparation du petit déjeuner

Cette stratégie a été observée plusieurs fois lors de la distribution du petit déjeuner aux résidents. L'ASH passe de chambre en chambre et prépare, à partir d'une fiche décrivant les préférences de chaque résident, un repas individualisé. Lorsque toutes les chambres de l'étage ont été servies dans l'ordre, l'ASH (ou l'AS parfois) retourne à la première chambre servie et commence le débarrassage des plateaux.

Dans la préparation, plusieurs opérations reviennent souvent : beurrer les tartines du résident, mélanger le lait et le chocolat, servir le café, le jus de fruit, verser un gélifiant dans le café, etc. Nous avons pu observer que certaines ASH plaçaient la brique individuelle de beurre sur le pack de lait chaud et qu'elles ne tartinaient pas les biscottes pour tous les résidents. A notre demande, elles nous expliquent : « comme ça les résidents peuvent le faire eux même, et puis ils ne font pas tomber tout par terre parce que le beurre est plus facile à étaler comme ça ».

La stratégie mise en place vise plusieurs objectifs :

- elle cherche à favoriser le maintien des capacités des résidents qui peuvent continuer à tartiner eux même. La réalisation des activités du quotidien est importante pour maintenir l'autonomie le plus longtemps possible ;
- elle vise à gagner du temps sur la distribution et sur le ramassage des plateaux : sur la distribution car l'ASH ne tartine pas toutes les biscottes, et sur le débarrassage car les résidents réussissent mieux à tartiner eux-mêmes, et vont donc plus vite pour terminer leur repas ;
- elle permet également le gain de temps sur le ménage dans les chambres, puisque les résidents « ne font pas tout tomber par terre ».

Cette stratégie permet l'articulation de ces différentes temporalités. Dans ces situations plusieurs temporalités doivent être articulées :

- le temps de l'institution : le petit déjeuner doit commencer à 8h00 par la distribution des plateaux repas. Il doit se terminer à 9h45 avec le débarrassage du dernier plateau ;
- le temps de la réalisation des opérations : pour chaque résident, le temps de distribution est variable, par exemple lorsque l'ASH apporte du café alors que le résident veut un thé (la fiche indique « café » mais certains résidents veulent changer. L'ASH doit donc retourner au chariot, et préparer le thé) ;
- le temps de réalisation des tâches par le résident : il s'agit de la prise en compte par l'ASH du temps nécessaire au résident pour tartiner lui-même et terminer son repas.

Ces différentes temporalités rentrent en conflit dans l'activité, si bien qu'elles demandent un ajustement de la part de l'ASH, qui doit trouver des moyens de faire avec. Par exemple lorsque le résident n'a pas eu le temps de terminer son repas lorsque l'ASH revient débarrasser le plateau. Nous avons pu observer que certains plateaux étaient retirés au résident dans ce cas, alors qu'il n'avait pas terminé, mais que l'horaire ne permettait pas à l'ASH d'aider le résident dans la prise de son petit déjeuner.

Une stratégie inverse consisterait à réaliser toutes les tâches du petit déjeuner à la place des résidents. Par exemple, si l'ASH décidait d'aider tous les résidents à prendre leur petit déjeuner en ajustant au mieux son aide à la « zone d'autonomie » de chacun, par analogie à la Zone de Proche Développement (Vygostky, 1934/1997), c'est-à-dire soit en prenant en charge ce que le résident ne sait plus faire seul, soit en le guidant dans la réalisation des actions. Mais nous pensons qu'elle ne serait plus en mesure de respecter les horaires fixés par l'organisation du travail. Quelle que soit la stratégie mise en place, le temps de l'institution, le temps de réalisation des tâches par le personnel et

le résident, et le temps de développement du résident entrent en conflit. La stratégie décrite permet d'y faire pace de manière partielle : les horaires sont tenus et les résidents peuvent conserver une part d'autonomie dans la réalisation des activités quotidiennes.

Dans la partie suivante, nous décrirons le rôle et la fonction de la relation soignant/résident pour la réalisation des tâches, l'atteinte des objectifs, le maintien de l'autonomie des résidents et la préservation de sa propre santé.

2. La place de la relation soignant/résident dans l'activité de travail en EHPAD

Nous l'avons vu à plusieurs reprises lors de la description des diverses stratégies : la qualité de la relation soignant/résident joue un rôle extrêmement important pour la qualité du service rendu, mais également à tous les autres niveaux, comme la préservation de soi ou le maintien de l'autonomie. Les limites des stratégies de régulations que nous avons citées montrent comme il est parfois difficile pour les AS et ASH de trouver une issue face aux conflits de temporalités et que, malgré tout, elle peut rester insuffisante pour prendre en compte toutes les dimensions de l'activité de travail. L'entretien et le développement d'une relation de confiance avec les résidents, s'inscrit dans le long terme, impliquant des actions quotidiennes de court terme. Elle permet, face aux conflits insolubles, de se donner de nouvelles marges de manœuvres, celles de la coopération facilitée du résident dans l'activité de service. Elle peut favoriser les situations de travail en « temps partagé », dont nous avons vu qu'elles étaient essentielles à l'atteinte complète des objectifs temporels, et au maintien partiel des capacités d'agir des résidents.

Les verbalisations recueillies mettent en avant la nécessité de connaître les habitudes des résidents de manière individualisée, d'aller souvent à la rencontre du résident, d'adapter la pratique professionnelle à chacun et de la stabiliser à travers le temps pour que chaque résident sache comment travaille l'AS ou l'ASH. D'autres éléments externes viennent également influer sur la relation au résident : son humeur, souvent liée à la qualité du sommeil, et l'évolution de sa maladie.

Ces deux types de facteurs, ce qu'on fait pour nouer des liens de confiance (facteur interne), et ce qui peut perturber ces liens (facteur externe), s'articulent sur le long terme. Les opératrices mettent en place des pratiques spécifiques qui permettent de maintenir la relation à un niveau favorisant la réalisation des tâches malgré l'influence des deux facteurs externes (maladie, qualité du sommeil). Ainsi, lorsque nous décrivions la stratégie en temps partagé lors de la toilette, la verbalisation des AS et ASH nous rappelle que lorsque le résident est trop « énervé », il vaut mieux le laisser et revenir plus tard pour entreprendre des soins avec lui. Pourtant, avant d'en arriver là, d'autres verbalisations montrent que les opératrices effectuent des réajustements relationnels. Quatre types de pratiques ont été décrits :

1) la façon d'aborder le résident : les soignants se placent à hauteur du résident, dont le champ de vision est amoindri, pour qu'il sache qui s'adresse à lui. Egalement, un soin particulier est accordé à la façon dont on rentre dans une chambre (en frappant à la porte, en disant bonjour, en laissant le résident continuer à effectuer ce qu'il est en train de faire, etc.) ;
2) le dialogue et la communication : les échanges avec le résident sont primordiaux pour permettre l'instauration de la confiance. Les observations montrent par ailleurs que dans la plupart des cas, ces échanges ne concernent pas la santé du résident d'un point de vue technique, mais des éléments de la vie quotidienne (temps qu'il fait, fait divers, politique, etc.). Les verbalisations montrent qu'en plus de servir à l'instauration de la confiance, ces échanges fournissent des repères aux résidents, qui pour la plupart ne sortent pas de l'établissement. Ils participent donc aussi au maintien de l'autonomie. D'autres verbalisations encore montrent qu'il s'agit aussi d'une occasion pour le personnel d'évaluer le degré de désorientation du résident, principal indicateur de l'évolution de la maladie ;
3) le temps passé avec le résident : les AS et ASH indiquent l'importance de passer du temps avec les résidents, à écouter leurs histoires. Cette écoute est créatrice de lien social, mais n'est pas toujours possible ;
4) le contact corporel : ce type de pratique permet la résolution de beaucoup de conflits avec le résident. Lorsque les mots ne suffisent plus à apaiser, le contact devient un outil puissant de réajustement. Les AS et ASH décrivent les caresses sur la main, dans le dos, etc. qui permettent de désamorcer les situations qui empêchent à la coproduction de se dérouler « normalement ».

Ces pratiques possèdent plusieurs fonctions. Premièrement elles visent la construction d'un lien de confiance, de part et d'autre des acteurs de la relation (du résident, mais aussi du soignant). C'est la fonction constructive de ces pratiques. Deuxièmement, et dans un second temps, la confiance « acquise » permet de continuer à travailler malgré le fort degré de dépendance du résident. C'est la fonction productive des pratiques que nous décrivions. Encore une fois, ces stratégies trouvent leurs limites lorsque le résident est trop perturbé, et que la coproduction devient impossible. Dans ce cas, d'autres stratégies peuvent être mises en place, comme faire intervenir une AS ou ASH ayant réussi à construire des liens particuliers avec ce résident pour renégocier avec lui la réalisation d'une toilette, d'une douche, ou d'un autre soin, nous en donnions un exemple dans les résultats de cette recherche.

Cette façon de continuer à travailler malgré le fort degré de dépendance, grâce à la « fonction productive » de la relation soignant/résident, nous amène à discuter de la place des différentes dimensions temporelles de l'activité. Dans le cadre que nous décrivons, l'articulation des temporalités se joue à deux niveaux pour les soignantes. D'une part, le temps constitue un moyen de la construction de la relation, et d'autre part, on pourrait dire que la relation constitue un moyen du

temps. Autrement dit, le temps pris à construire permet, par la suite, de gagner du temps dans la résolution des conflits et des difficultés avec les résidents. La relation constituerai dans ce cadre un outil pour l'action efficace, constitutive et inhérente au développement des compétences professionnelles. Elle permettrait aux opératrices de créer de nouvelles marges de manœuvres pour mettre en place un certain nombre de stratégies, par exemple l'aide d'une collègue pour une douche, le travail en temps partagé, et la répartition informelle des tâches lors du petit déjeuner. Dans ce cadre, la relation au résident, qui renvoie directement au travail de care des AS et ASH avec les résidents, constitue à la fois un des déterminants et un des effets de l'activité. C'est en partie grâce à la qualité de la relation qu'on construit, qu'on va être en mesure de prendre en charge l'ensemble des résidents, en un temps restreint, où les temporalités s'affrontent, et où les exigences issues des différents pôles de l'activité de service sont difficilement tenables.

3. Modélisation des déterminants et des effets des stratégies de régulation

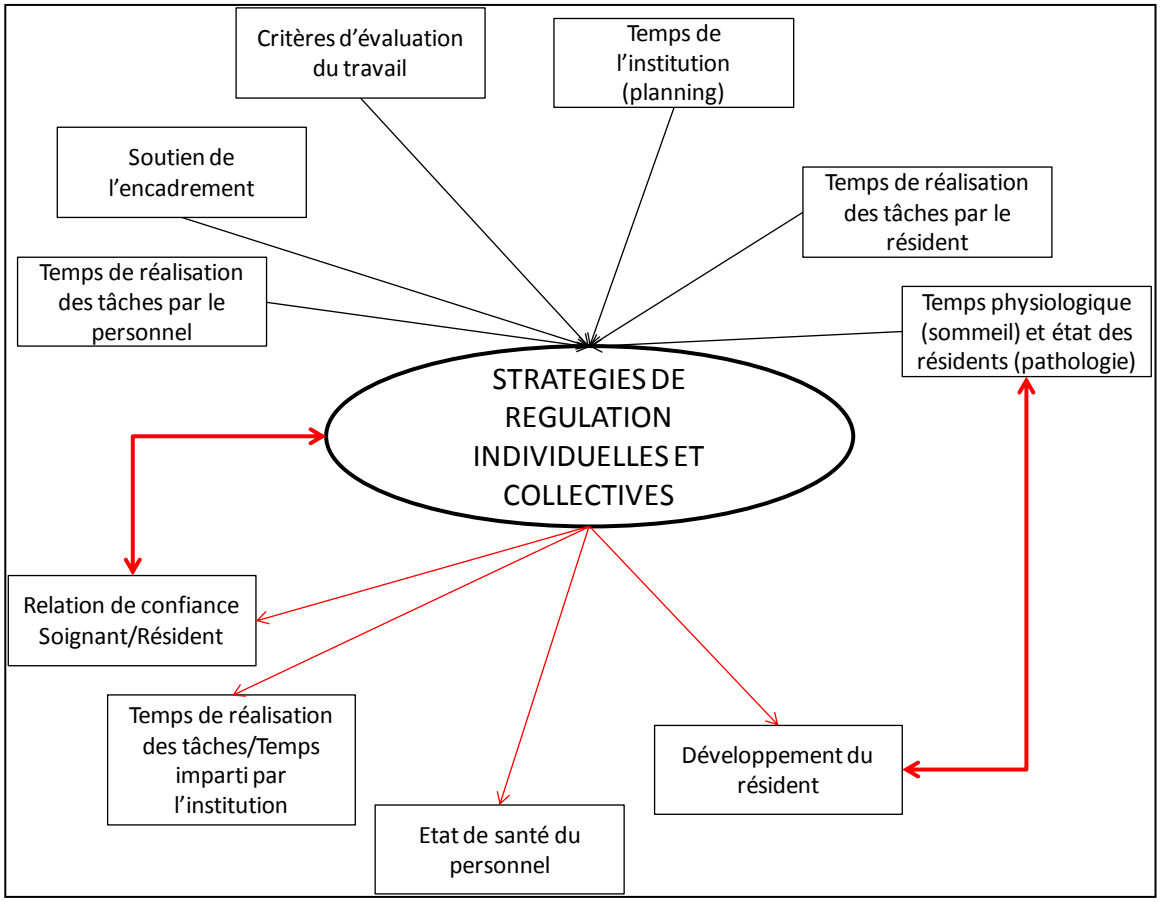


Figure n°5 : Déterminants et effets des stratégies de régulations

DISCUSSION

1. Limites : l'effet des stratégies de régulation sur la préservation de la santé

L'analyse des stratégies met peu en évidence la préservation de la santé des soignants. En effet, nos données semblent montrer que lorsque la coproduction est facilitée, le résident est moins « raide » ou « crispé », et que les postures adoptées seraient dans ce cas moins contraignantes. Pourtant nous n'avons pas observé de façon précise ce phénomène.

Deux éléments peuvent permettre d'expliquer cela. Premièrement, nos observations n'ont pas directement porté sur ces aspects posturaux de l'activité, elles tentent plutôt de mettre en lumière les pratiques mises en œuvre en amont qui favorise la coproduction. Deuxièmement, on peut penser que certains facteurs viennent empêcher la préservation de la santé des soignants, cette dimension serait alors peu prise en compte dans la réalisation des stratégies.

L'étude des postures de travail adoptées par les AS et ASH, en fonction du type de coproduction en jeu (c'est-à-dire de type « dégradée » ou non) pourrait permettre de poursuivre les analyses et de montrer que les déterminants de la coproduction (état du résident, temps physiologique, etc.) que nous avons cités déterminent également en partie les postures de travail adoptées par les opératrices.

Par ailleurs, cette étude n'a pas permis de comprendre finement les conflits éthiques en jeu lors de la réalisation du travail. Seulement quelques pistes sont présentées, notamment autour de la règle principale que nous avons pu identifier : « le résident est au centre ». En ce sens, nous ne savons pas non plus comment les opératrices font face à ces conflits dans l'activité. L'exemple de la douche « forcée » est le seul nous permettant d'émettre quelques hypothèses. Il confirme en effet que certaines pratiques mises en œuvre par le personnel sont mal vécues et qu'il peut lui-même avoir le sentiment de maltraiter le résident. Cet exemple met aussi en avant l'idée véhiculée par Dujarier (2002) selon laquelle « la maltraitance surgit dans des situations où les personnels ne peuvent faire face à une prescription, que nous qualifions de « prescription de toute puissance » ». Dans le cas de la douche forcée, la prescription donnée par le médecin au personnel est une injonction, le personnel n'a pas d'autre choix que de faire de cette façon là. Pour poursuivre l'analyse des conflits éthiques, nous pensons donc qu'il serait intéressant d'analyser les formes de la prescription, en fonction des marges de manœuvre qu'elles laissent aux opératrices. Par ailleurs, nous avons vu qu'elles produisent elles mêmes des marges, par la médiation de la relation au résident, mais cela comporte des limites. Il serait alors pertinent, à notre sens, de dissocier dans l'analyse les marges créées par les opératrices de celles données par la prescription. Les travaux de Maggi (2003) pourraient favoriser une telle approche des conflits éthiques.

2. L'autoconfrontation collective comme moyen de recherche et d'action

La méthodologie utilisée dans cette recherche vient confirmer l'idée que nous avions énoncée plus haut : l'autoconfrontation collective constitue un moyen de recherche et d'action. Les séances d'autoconfrontation ont permis à la fois la compréhension de l'activité, et à la fois le développement des connaissances entre les professionnels eux-mêmes. C'est dans ce contexte que la recherche, sous cette forme, a pu s'inscrire dans le cadre de l'intervention ergonomique.

Nous avons d'ailleurs pu observer une évolution des discussions tenues entre le premier groupe de travail et le dernier. Ainsi nous avons pu observer, sans l'analyser, le développement des connaissances tout au long de la recherche. Au départ, et malgré les rappels fréquents que nous réalisions, les discours restaient souvent centrés sur les comportements des opératrices, leurs « mauvaises façons de faire », etc. Peu à peu, avec l'installation de la démarche, les opératrices ont pu mieux exprimer le point de vue du travail, qu'elles ont tant de mal à verbaliser. Ainsi l'ordre des thèmes abordés en groupe est également important. Nous n'aurions pas pu en effet commencer les groupes de travail sur le thème de la maltraitance.

Nous pensons que ces dimensions seraient intéressantes à investiguer pour alimenter la méthode d'autoconfrontation collective. Il y a, au cours de l'usage du dispositif et de son appropriation, une évolution dans les pratiques des opérateurs à son égard qui doit être mieux établie dans les recherches en ergonomie. En effet, comprendre l'évolution dans l'utilisation d'une telle méthode, du point de vue des opérateurs eux-mêmes, pourrait permettre son amélioration et son adaptation dans une visée de transformation. Certains sujets abordés dans notre étude ont peut être été abordés trop tôt, empêchant ainsi le développement des verbalisations.

3. Quelques remarques sur le travail de care en EHPAD

3.1. En quoi ces stratégies constituent un travail de care ?

Les stratégies observées chez les AS et ASH de l'EHPAD sont toutes caractérisées par leur invisibilité. Pour la plupart, elles ne sont pas connues de l'encadrement, qui les considère plus comme un moyen de « faire avec » à un moment donné. Dans ce cadre elles ne sont pas encouragées par l'organisation en place. Ce constat part de l'idée que les pratiques face aux situations particulières seraient toujours variables. Or, les stratégies que nous décrivons ont été observées à plusieurs reprises, pour certaines de façon systématiques. Il y a donc une possibilité, non envisagée par l'encadrement, de recueillir et de décrire ces pratiques pour être en mesure de faire les choix organisationnels adéquat, c'est-à-dire qui ne les mettent pas en échec.

Le travail de care, tel qu'il est décrit par P. Molinier (2006, 2008, 2010), rejoint ce point de vue. Les stratégies de régulation ont une visée de « prendre soin », elles s'inscrivent dans le « souci de

l'autre ». Si le personnel suivait strictement la prescription, la qualité du service rendu aux résidents en serait impactée : dégradation de la santé plus rapide, accompagnement vers la mort moins individualisé, etc. Pourtant, certaines formes de prescription, comme la « charte de la personne accueillie », inscrivent la nécessité du souci de l'autre dans les objectifs du travail. Toutefois, indiquer ce qu'il faut atteindre ne permet pas de construire la manière de le faire de manière collective. Pour le dire autrement, toutes les prescriptions relatives au care ne font pas l'objet d'une élaboration. Ceci est lié, du point de vue des représentations, à l'idée que le care n'est pas un travail, qu'on l'a, comme un don, ou qu'on ne l'a pas.

Il serait intéressant dans cette perspective de mettre cette idée en relation avec les caractéristiques du personnel recruté en EHPAD. En effet, toutes les AS et ASH sont des femmes, et la majorité est originaire du Maghreb et d'Afrique. Ces considérations peuvent indiquer, au niveau des représentations collectives, que le travail de care serait plus « naturel » chez ce type de personnel. Certaines verbalisations des opératrices et de l'encadrement vont d'ailleurs dans ce sens (les résidents se sentiraient mieux avec ces personnels, car ils ont une approche « maternante » avec eux). Or, à la lumière des développements théoriques que nous avons expliqués précédemment, le travail de care s'apprend, se développe avec l'expérience, etc. Faire évoluer les représentations sur le travail passe donc également par un travail d'information pour faire reconnaître le travail de care, ce qu'il implique pour l'organisation, et son importance dans le bon fonctionnement de la structure.

3.2. L'absence de cadre à la construction des règles éthiques, un risque pour la santé du personnel soignant

Aucun espace n'est prévu par l'organisation pour permettre la mise en débat des pratiques du métier. Nous avons également vu que la règle éthique principale dans l'établissement est de « placer le résident au centre ». Cette règle, qui n'a pas été discutée collectivement, mais sur laquelle tout le monde s'accorde, place les opératrices dans une contradiction avouée : elles ne peuvent pas y déroger, mais ne peuvent pas s'en contenter non plus. Il leur est nécessaire, pour conduire leurs actions et réaliser un travail de qualité, de redéfinir et de créer d'autres règles qui ont trait à la réalité des contraintes qu'elles rencontrent dans le travail. Ces nouvelles règles peuvent parfois rentrer en contradiction avec la première, indiquant alors un conflit éthique.

Les pauses constituent un espace permettant les discussions sur le travail et la mise en débat de ces règles, même si, comme indiquent certains personnels, « je n'ai pas envie de parler travail pendant la pause… la pause c'est la pause ! ». Mais nous pensons que cela ne suffit pas, car beaucoup de pratiques n'y seront jamais abordées, par manque de temps, ou par la présence de l'encadrement. Nous avons pu observer au cours des autoconfrontations que certaines pratiques étaient mises en place sur la base d'une éthique élaborée individuellement, allant même jusqu'à

redéfinir le contenu des tâches, là où la prescription fait défaut. En ergonomie, comme on le postule souvent, l'écart entre le travail réel et le travail prescrit est irréductible, une transformation de la situation entraînant un nouvel écart. Cette question doit donc être abordée sous l'angle des marges de manœuvres et de la construction collective des règles de métier. Ainsi, même si il est intéressant de constater que certains personnels utilisent les marges de manœuvres disponibles pour redéfinir les tâches, on pourra objecter que l'absence de collectif dans cette redéfinition continue de semer la discorde entre les professionnelles. L'exemple du fonctionnement en binôme entre les AS et ASH le matin permet de mieux comprendre les mécanismes en jeu : d'un côté, la prescription indique qu'il faut travailler ensemble sur les tâches les plus difficiles (manutentions lourdes, etc.), et de l'autre elle n'indique pas, au regard des contraintes réelles, les règles à respecter (si l'AS est dans une chambre éloignée de l'ASH, elle préfère souvent ne pas aller la chercher, car il y a un risque pour le résident qui reste seul dans la chambre). La définition de ces règles revient donc aux opératrices entre elles, qui, comme nous l'avons vu, ne disposent pas des moyens de cette construction. On constate donc deux grands types de fonctionnement entre les différents binômes observés :

- les binômes pour lesquels la re-répartition des tâches est mutuellement choisie, elle est fondée sur l'échange des tâches entre elles qui ne font pas partie de leur prescription (cf. supra : débarrassage des repas, répartition des tâches entre AS et ASH le matin). Il s'agit souvent d'opératrice ayant quelques années d'ancienneté ;
- les binômes dans lesquels une AS ou une ASH ne désire pas réaliser les tâches des autres, amenant alors des conflits entre elles, et ramenant la réalisation du travail à la prescription. Dans ce cadre, c'est le travail de care qui est impacté, car un certain nombre de stratégies collectives visant à gagner du temps sur des tâches pour en permettre d'autres ne sont pas mises en place. Ces cas ont été observés surtout chez des opératrices nouvellement arrivées.

Dans cette perspective, l'absence de cadre aux activités méta-fonctionnelles entraîne un cycle de développement long des règles de métier qui ne peut se faire que de façon informelle, lors des pauses ou au détour des couloirs. Cette temporalité de développement des règles amène les opératrices à devoir faire face seules aux contradictions qu'elle engendre : impossibilité de développer un collectif de travail, difficultés d'intégration de certaines nouvelles, etc. Derrière ces considérations, c'est encore une fois la qualité du service rendu qui est impacté, en plus de la santé des soignants et de celle des résidents.

3.3. La place et la fonction du résident comme objet du travail

Si les stratégies que nous décrivons permettent d'atteindre les objectifs prescrits, elles ont un second objectif implicite, lié au travail de care. En effet, ces stratégies s'insèrent dans un « souci de l'autre », collègue ou résident, et elles cherchent à nouer des liens. Nous tenterons ici de discuter des

types de liens en jeu : les liens directement connectés aux résidents eux même et à l'atteinte des objectifs, et les liens « sujet- objet du travail -collègues ». Pour ce dernier point nous reprendrons les apports de Davezies (2006) sur les rapports du sujet à l'objet de son travail.

Les liens avec les résidents permettent de s'autoriser beaucoup plus de choses avec eux : on peut les « prendre par les sentiments » pour réussir à faire une toilette, on peut avoir un contact physique avec eux pour les rassurer, etc. En d'autres termes, c'est la coproduction du service qui est améliorée par la qualité de la relation qu'on noue avec un résident. S'il fait confiance, il sera plus facile de lui expliquer pourquoi sa douche est importante, ou pourquoi il est désagréable quand il crie trop fort, etc.

La relation qu'on construit avec le résident peut également être envisagée du point de vue du rapport aux objets du travail, qui forment le « pont » avec les rapports aux autres acteurs du système socio-technique. Davezies (2006) décrit bien les effets historiques de la philosophie occidentale sur les considérations actuelles autour des questions du travail. Ainsi, le rapport aux objets du travail est considéré comme « aliénant », alors que le rapport « communicationnel » aux autres est plutôt considéré comme « émancipant ». P. Davezies donne l'exemple du psychiatre qui sera tenté de décrire la symptomatologie d'un salarié autour d'un « investissement excessif dans le travail », ou d'une « addiction au travail ». Dans cette perspective, la relation qu'on entretien avec les objets du travail est aliénante, et entraîne un ensemble de conséquences sur les choix organisationnels actuels. « Les objets du travail sont manifestement très éloignés des objets du désir » (Davezies, op. cit., p. 143).

L'auteur développe également la place des autres dans ce rapport à l'objet. Il indique, a la suite de A. Berthoz, et en reprenant le cadre théorique de Léontiev sur la structure de l'activité (développement des buts et des motifs), que « [l']activité vise […] aussi à lever des entraves à l'activité d'autrui » (p.155). Nous développerons notre idée autour de ces considérations, dans lesquelles l'objet du travail, en l'occurrence le résident, constitue un médiateur vers le « souci des autres », en l'occurrence des collègues. Ce souci des collègues est également présent dans les verbalisations recueillies en autoconfrontation collective. Ainsi par exemple, on va retirer les robinets de la chambre d'un résident pour éviter qu'il oublie de les fermer en les utilisant. Si cette action vise d'abord la sécurité du résident (risque de chute, sol glissant etc.), il vise également à éviter au personnel de nuit un certain nombre de désagréments (inondation, surveillance rapprochée du résident, etc.). Pourtant, le retrait des robinets n'est possible qu'au prix d'une relation de confiance entre le personnel soignant et le résident, qui constitue alors un moyen de l'activité pour le rassurer dans ce nouvel environnement restreint. Cela permet également la poursuite des tâches quotidiennes et la continuité de la coproduction. Un autre exemple est celui de l'appel à une

collègue pour la réalisation d'une douche : c'est bien la relation entre la soignante et le résident qui permet à une autre collègue d'atteindre ses objectifs, c'est-à-dire de faire prendre sa douche à une résidente.

Ces exemples nous permettent de voir une structuration des fonctions du care dans l'activité des AS et ASH :

- une fonction orientée vers la production : le travail de care permet un meilleur maintien de l'autonomie des résidents, une préservation relative de la santé du personnel, et l'atteinte des objectifs prescrits, avec les limites que nous avons citées ;
- une fonction orientée vers la construction et le développement du collectif : il constitue une façon pour le personnel de créer du lien, pas uniquement avec les résidents, mais aussi avec les collègues, par la médiation du travail réalisé avec et auprès des résidents.

Davezies (2006) indique également que les processus qui poussent l'individu à ouvrir ses perspectives sur la construction d'un « monde partagé avec autrui » sont souvent mis à mal par les organisations actuelles. Dans notre cas, l'absence d'espace de construction réflexive en constitue une bonne illustration. En effet, les activités méta-fonctionnelles favorisant la constitution du collectif de travail, vecteur de la santé au travail (Clot, 2008 ; Davezies, 2006), pourraient permettre une émancipation du regard sur la relation soignant/résident, en la voyant autrement que comme un objet désincarné, dont on se soucierai en arrivant au travail et qu'on oublierai en le quittant. Ce serait également une manière de mettre en visibilité le travail de care réalisé au quotidien par les opératrices.

4. La maltraitance du point de vue du travail : tentative de caractérisation

Dans cette partie de la discussion nous reviendrons sur la notion de maltraitance. Nous tenterons de caractériser la maltraitance du point de vue du travail, et des conditions concrètes de sa réalisation.

4.1. La maltraitance s'inscrit dans un contexte organisationnel particulier

Le premier point est celui du contexte organisationnel dans lequel s'inscrit la maltraitance. Nous l'avons vu avec l'exemple de la « douche forcée », c'est le médecin qui, au départ, donne comme prescription à l'AS de forcer la résidente qui ne veut pas prendre sa douche. Cette observation ponctuelle révèle la difficulté de l'institution à mettre en débat cette question de la douche forcée, car en effet, si un certains nombre de règles de métier étaient mieux définies entre les professionnelles elles-mêmes, elles auraient pu prendre en charge la résidente en amont, avant que la prescription du médecin ne soit formulée. Nous pensons que l'organisation du travail doit prendre en compte ce

besoin de construction du collectif, qui, lorsqu'il n'existe pas, devient le lieu de la discorde et de l'empêchement d'agir. Les pratiques sont parfois discutées lors des réunions de transmissions d'informations entre les équipes (matin/après-midi, après-midi/nuit, etc.). Toutefois les observations réalisées dans ce cadre montrent une prédominance des aspects techniques de l'information véhiculée : « l'état de madame X s'aggrave », « il faut passer la voir plus souvent pour lui refaire son pansement ». Parfois, le personnel réagit en décrivant les difficultés à respecter les solutions proposées par le cadre de santé en transmission, mais la prescription reste souvent centrée autour de l'argument qui structure l'éthique du travail en EHPAD : « nous sommes là pour le résident ». Les opératrices doivent donc « faire avec », au risque de se positionner face aux autres comme ne respectant pas l'éthique établie.

Un contexte organisationnel qui ne favorise pas la construction des règles de métier, en s'appuyant sur le travail réel, pourrait donc constituer à notre sens un premier facteur explicatif de la maltraitance.

4.2. La maltraitance comme signe d'un échec à la régulation

Deuxièmement, nous avons également vu que la maltraitance peut apparaître lorsque les soignants n'ont plus d'autre solution que de forcer le résident. C'est-à-dire lorsque toutes les marges de manœuvres dans lesquelles on met en place des stratégies de régulation se referment. Là encore, la maltraitance peut être vue comme la résultante d'un manque de marges de manœuvres menant à l'échec des stratégies de régulations. Dans notre recherche, ces éléments doivent être nuancés. Les stratégies mises en place par les opératrices montrent qu'il existe des marges leur permettant de le faire, même si, on l'a vu, ces stratégies trouvent leurs limites et n'atteignent pas leurs objectifs de façon systématique. Pourtant, nous pensons que c'est lorsqu'elles sont trop souvent mises en échec, et que la construction collective ou individuelle de solutions alternatives n'est pas possible, que la maltraitance peut apparaître.

4.3. La maltraitance résulte d'un conflit entre des buts antagonistes appartenant à différents pôles de l'activité de service

Les stratégies que nous décrivons constituent également un indicateur de l'existence des conflits de buts entre les pôles de l'activité de service décris par Caroly et Weill-Fassina (2007). Lorsque les stratégies mises en place ne permettent plus de répondre aux conflits engendrés par ces différentes dimensions de l'activité, il y a un risque de souffrance éthique et de maltraitance. Nous voudrions souligner que si les régulations mises en place par les opératrices tendent à faire tenir « au mieux » ces différentes dimensions entre elles, un autre moyen serait de les articuler au plan organisationnel. Autrement dit, il s'agit de penser l'organisation du travail selon les conflits de buts engendrés par les

différents pôles de l'activité de service. Par exemple il serait possible de favoriser la mise en place des stratégies de régulation pour éviter de les mettre en échec, et donc de reconnaître, valoriser et penser le travail de care au sein de la structure.

5. Quelques éléments sur l'évaluation de l'autonomie des résidents : perspectives de recherche

L'évaluation de l'autonomie des résidents se fait sur la base d'une évaluation experte, réalisée par le médecin de la structure (cotation AGGIR). En psychologie, un certain nombre d'études cherchent également à comprendre l'évolution des capacités des personnes âgées en fonction de l'évolution de leur démence (par exemple Masson, 1995 ; Rico Duarte, & al., 2008 ; Rico Duarte (sous presse) ; Reisberg, & al., 2002). Les cadres théorique de ces travaux sont issus de la psychologie cognitive, et procèdent souvent d'une méthodologie expérimentale.

Les résultats mis en avant dans notre recherche, concernant la manière dont les opératrices vont évaluer l'autonomie des résidents (exemple du temps partagé pendant la toilette), nous permettent de proposer un autre point de vue. En effet, les indicateurs utilisés par les opératrices peuvent également être pertinents pour l'évaluation : degré de désorientation, capacités à utiliser des objets du quotidien (rasoir, peigne, etc.), capacités à tenir une conversation, etc. Tous ces indicateurs sont utilisés par les opératrices pour évaluer au mieux le degré de dépendance et l'évolution de la maladie des résidents. Dans ce cadre les méthodes utilisées en ergonomie pourraient permettre de compléter celles mises en place par la psychologie cognitive expérimentalement. Nous envisageons au moins deux avantages de ce couplage possible :

- cela pourrait permettre de lever une partie des limites liées aux méthodes expérimentales, puisque les observations du travail procèdent d'un point de vue plus écologique lié à l'action en situation ;
- cela pourrait également favoriser le développement des connaissances sur l'évolution des pathologies comme la maladie d'Alzheimer par exemple, tout en utilisant ces connaissances pour organiser le travail en EHPAD.

Ces perspectives constituent une occasion de développer à la fois les connaissances sur le métier de soignant dans ce type d'institution, et également celles sur le développement des pathologies que l'on peut y rencontrer. L'articulation des deux constituant dès lors un levier pour l'action dans la pratique de l'ergonomie.

Conclusion

Cette étude exploratoire a voulu mettre en évidence quelques stratégies de régulation mises en place par les AS et les ASH d'un EHPAD pour faire face aux conflits de temporalités. Selon les

situations et les conflits temporels qui s'y déploient, les stratégies misent en œuvre par les opératrices sont différentes. Elles tendent à la fois à maintenir l'autonomie du résident à un niveau permettant la coproduction, à préserver la santé du personnel de soin, mais également à atteindre les objectifs prescrits. Ces différents objectifs des stratégies tentent de répondre aux exigences des quatre pôles de l'activité de service : exigences issues de l'institution (« système »), exigences issues du fonctionnement du collectif (« autres »), exigences issues des demandes des résidents ou de leur famille (« bénéficiaire du service »), ou enfin exigences issues du personnel lui-même, de sa subjectivité et des buts qu'il se fixe (« soi »). Les stratégies présentées dans ce mémoire montrent que l'ensemble de ces exigences ne peuvent pas toujours être prises en compte. Les opératrices réalisent donc des compromis dont les conséquences peuvent parfois être assimilées à une forme de maltraitance par l'encadrement. Par exemple lorsque la stratégie de répartition du ménage sur plusieurs jours est mise à mal, et que certaines chambres sont trop sales, les opératrices sont « soupçonnées » de maltraiter en ne réalisant pas convenablement leur travail.

Par ailleurs, les règles éthiques issues de l'encadrement rentrent parfois en conflit avec la réalité des compromis établis pendant le travail. Dans certaines situations, lorsque les opératrices sont amenées à effectuer des compromis dont elles savent qu'ils ne permettent pas le bien être du résident, mais qui sont pourtant nécessaires, nous considérons qu'il y a un risque de souffrance éthique. La réalisation de la douche « forcée » en constitue un bon exemple : les opératrices ne sont pas « satisfaites », malgré l'atteinte de l'objectif, car le fait de « forcer » un résident ne correspond pas aux pratiques professionnelles respectant les règles de métier. Dans ce cas, nous considérons qu'il y a un risque de souffrance éthique pour le personnel. Les stratégies présentées montrent également comment les conflits de temporalités peuvent constituer la source de ces situations à risque. En effet, si les stratégies de régulations ne permettent pas une articulation adéquate des différentes dimensions temporelles pour prendre en charge en amont le résident qui refuse de se laver, le dernier recours est celui de l'injonction issue de l'encadrement.

Ces éléments nous amènent à concevoir la maltraitance comme l'effet d'une impossibilité à résoudre les conflits temporels pour répondre aux exigences des différents pôles de l'activité. La maltraitance pourrait constituer, dans ce cadre, l'indicateur d'un dysfonctionnement organisationnel, notamment lié aux difficultés à mettre en place de manière efficace les stratégies de régulation. Nous avons également discuté des liens entre les stratégies mises en œuvre et le travail de care. Tenir compte de ces stratégies pour organiser le travail, c'est finalement prendre en compte le travail de care, et lui permettre de se déployer. L'enjeu de la reconnaissance du care en EHPAD devient donc central, puisque lorsqu'il n'est pas pris en compte, l'organisation du travail ne permet pas aux opératrices de déployer leurs stratégies, individuellement ou collectivement.

Bibliographie

Arborio, A.M. (2001). *Un Personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos-Economica.

Avila Assunção, A. (1998). *De la déficience à la gestion collective du travail : les troubles musculo-squelettiques dans la restauration collective.* Thèse de doctorat d'ergonomie. Paris : Ecole Pratique des Hautes Etudes.

Avril, C. (2006). Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire. *Le mouvement social*, 3, 216, 87-99.

Bainbridge, L. (1999). Verbal reports as evidence of the process operator's knowledge. *International Journal of Human-Computer studies*, 51, 213-238.

Barthe, B. (2003). La visibilité de l'activité d'autrui, composante de la dimension collective du travail de soin. *Travail et Emploi*, 94, 51-58.

Béguin, P. (1997). Le caméscope, l'image et le mot. Quelques remarques sur l'usage de la vidéo pour l'analyse du travail. *Champs visuels*, 6, 61-67.

Blondet, E. (2008). *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance.* Mémoire de M2. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Bourgeois, F., Dubé, N., Tremblay, J., & Martineau, S. (2008). *Rapport du forum : « Ma santé mentale, j'y tiens ! »*. ROC-03/AGIR/RGF-CN, Québec, 18 Mars 2008.

Canguilhem, G. (2002). *Ecrits sur la médecine*. Paris : Le Seuil.

Caroly, S. (2002). Différences de gestion collective des situations critiques dans les activités de service selon deux types d'organisation du travail. *PISTES*, 4, 1. http://www.pistes.uqam.ca/v4n1/articles/v4n1a4.htm

Caroly, S., & Weill-Fassina, A. (2004). Evolutions des régulations de situations critiques au cours de la vie professionnelle dans des activités de relations de service. *Le Travail Humain*. 67, 4, 304-327.

Caroly, S., & Weill-Fassina, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de service interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? *@ctivités*, 4, 1. http://www.activites.org/v4n1/caroly-FR.pdf.

Causse, L. (2004). *Les aides-soignantes en maison de retraite, entre subjectivité et réification.* Thèse de doctorat en Sociologie. Saint-Denis : Université Paris VIII.

Cellier, J.M., De Keyser, V. & Valot, C. (1996). *La gestion du temps dans les environnements dynamiques*. Paris : PUF.

Cerf, M., & Falzon, P. (2005). *Situations de service : travailler dans l'interaction*. Paris : PUF.

Cerf, M., Valéry, G., & Boucheix, J-M. (2004). Les activités de services : enjeux et développements. In P. Falzon (dir.), *Ergonomie,* (pp.565-582). Paris : PUF.

Clot, Y. (2006a). Après Le Guillant : quelle clinique du Travail ? In L. Le Guillant (Ed.), *Le drame Humain du Travail. Essais de psychopathologie du travail,* (pp. 7-36). Ramonville : Erès.

Clot, Y. (2006b). *La fonction psychologique du travail.* 5ème édition. Paris : PUF.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir.* Paris : PUF.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux.* Paris : La Découverte.

Cloutier, E., & Dubucs, B. (1994). Etude du travail réel des aides-soignantes à domicile. *Archives des maladies professionnelles*, 55, 4, 1994, 269-277.

Cloutier, E., David, H., Teiger, C., & Prevost, J. (1999). Les compétences des auxiliaires familiales et sociales expérimentées dans la gestion des contraintes de temps et des risques de santé. *Formation emploi*, 67, 63-75.

Cru, D. (1987). Les règles de métier. In C. Dejours (Ed), *Plaisir et souffrance dans le travail*. (pp.29-42), AOCIP, Paris.

Cru, D. (1995). *Règles de métier, langue de métier : dimension symbolique au travail et démarche participative de prévention*. Mémoire pour l'obtention du diplôme de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes. Paris : EPHE.

Daniellou, F. (2008). Développement des TMS : désordre dans les organisations et fictions managériales. In *Actes du 2ème Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques : de la recherche à l'action*. 18 et 19 juin 2008. Montréal, Canada.

Davezies, P. (2000). Ergonomie, communication et enjeux de santé au travail. In *Actes du XXXVème congrès de la SELF*. Toulouse, 22 septembre 2000.

Davezies, P. (2006). Une affaire personnelle ? In L. Théry (dir.), *Le travail intenable*, (pp.138-169). Paris : La Découverte.

De Keyser, V. (1989). L'erreur humaine. *La recherche*, 216, 1444-1455.

De Keyser, V. (1994). Le temps dans la recherche en ergonomie. Développements récents et perspectives. *12th Congress of the International Ergonomics Association*, Toronto, Canada, August 15-19.

De Keyser, V. (1996). Les erreurs temporelles et les aides techniques. In J-M Cellier, V. De Keyser, & C. Valot, *La gestion du temps dans les environnements dynamiques*. Paris : PUF.

De Keyser, V., & Nyssen, A. S. (1993). Les erreurs humaines en anesthésie. *Le Travail Humain*, 56, 243-266.

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.

Douguet, F. (2003). Le vieillissement des personnels hospitaliers. Les effets de l'âge sur la relation soignant-soigné. *Gérontologie et Société*, 104, 103-114.

Dujarier, M.A. (2002). Comprendre l'inacceptable : le cas de la maltraitance en gériatrie. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 8, 2, 111-124.

Falzon, P. (1994). Les activités métafonctionnelles et leur assistance. *Le Travail Humain*, 57, 1, 1-23.

Falzon, P. (1997). Travail et vidéo. *Champs visuels*, 6, 19-25.

Falzon, P., & Lapeyrière, S. (1998). L'usager et l'opérateur : ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*, 61, 69-90.

Falzon, P., Sauvagnac, C., Mhamdi, A. & Darses, F. (1997). Transformer le travail : de quelques études d'activités méta-fonctionnelles collectives. In *Actes du XXXIIème Congrès de la SELF, « Recherche, Pratique, Formation en Ergonomie »*, (pp.573-580), Lyon : 17-19 Septembre 1997.

Faverge, J-M. (1970). L'homme agent d'infiabilité et de fiabilité du processus industriel. *Ergonomics*, 13, 3, 301-327.

Flageul-Caroly, S. (2001). *Régulations individuelles et collectives de situations critiques dans un secteur de service : le guichet de la Poste*. Thèse de doctorat d'ergonomie. Paris : EPHE.

Fourcade, J. (2005). *De l'hospice à l'EHPAD, passage d'un projet de soin à un projet de vie.* Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique. Rennes : ENSP.

Gaudart, C., & Thébault, J. (2008). La fidélisation du personnel paramédical dans un service de gérontologie : enjeux et déterminants. In *Actes du séminaire « Âge et Travail » 2007*, (pp.43-60), CEE-CREAPT.

Gilligan, C. (1986/2008). *Une voix différente. Pour une éthique du care.* Barcelone : Flammarion.

Gollac, M. (2009). *Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail.* Rapport étape remis au ministre du travail. Octobre 2009. Paris : DARES/DREES.

Gonon, O. (2003). Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *PISTES*, 5, 1. http://pettnt/pistes/v5n1/articles/v5n1a1.htm

Gonon, O., Barthe, B., & Gindro, G. (2009). Organisation du travail à l'hôpital : comprendre l'articulation des temporalités pour agir sur la transformation des situations de travail. In Gaillard, I., Kerguelen, A., & Thon, P., *Ergonomie et Organisation du Travail, Actes du 44ème congrès de la SELF*, Toulouse, 22-24 septembre 2009.

Gonzáles, R., & Weill-Fassina, F. (2005). Modalités de régulation du processus de travail dans les activités de service en crèche. *@ctivités*, 2, 2, 2-23. http://www.activites.org/v2n2/gonzales.pdf.

Hugues, E. C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Editions de l'EHESS.

Inhelder, B. (1987). Des structures aux processus. In J. Piaget, P. Mounoud, & J..P. Blonckart (Eds.). *Psychologie* (pp. 654-679). Encyclopédie de la Pléiade. Paris : Gallimard.

Javaux, D., Grosjean, V., & Van Daele, A. (1991). Temporal reference systems : a particularly heuristic extension of the classical notion of time. In *Proceedings of the Fourth International MOHAWC Workshop*. Bamberg, October.

Kerjosse, R. (2003). Les personnes âgées dépendantes : dénombrement, projections et prise en charge. *Retraite et société*, 39, Juin 2003, 15-20.

Lacoste, M. (1997). Filmer pour analyser. L'importance du voir dans les micro-analyses du travail. *Champs visuels*, 6, 11-17.

Laugier, S., & Paperman, P. (2008). La voix différente et les éthiques du care. In C. Gilligan (Ed.), *Une voix différente. Pour une éthique du care.* Barcelone : Flammarion.

Leplat, J. (2008). *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*. Paris : PUF.

Maggi, B. (2003). *De l'agir organisationnel.* Toulouse : Octarès.

Martin, V. (2010). *L'activité des aides soignantes dans une unité de vie protégée*. Mémoire de M1 de psychologie, spécialité « ergonomie cognitive et conseil psychologique ». Saint-Denis : Université paris 8.

Masson, M. E. J. (1995). A distributed memory model of semantic priming. Journal of Experimental psychology : *Learning, Memory and Cognition*, 21, 3-23.

Mhamdi, A. (1998). *Les activités de réflexion collective assistée par vidéo : un outil pour la prévention.* Thèse de doctorat d'ergonomie. Paris : CNAM.

Molinier, P. (2006). Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. In P. Paperman, & S. Laugier (Eds.), *Le souci des autres*. HESS, raisons pratiques.

Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris, Payot & Rivages.

Molinier, P. (2010). L'hôpital peut il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care. In Y. Clot & D. Lhuilier, *Agir en clinique du travail*. Toulouse, Erès.

Molinier, P., Laugier, S., Paperman, P. (2009). *Qu'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot et Rivages.

Mollo, V. (2004). *Usage des ressources, adaptations des savoirs et gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique.* Thèse de doctorat en Ergonomie. Paris : CNAM.

Mollo, V., & Falzon, P. (2003). Formalizing confrontation methods : a categorization attempt. *Proceedings of the XVth Triennial Congress of International Ergonomics Association "Ergonomics o, the Digital Age"*, August 24-29, 2003, Seoul, Korea.

Mollo, V., & Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied ergonomics*, 35, 6, pp. 531-540.

Pastré, P. (2005). Apprendre par la résolution de problèmes : le rôle de la simulation. In P. Pastré (Ed.). *Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*, pp. 17-40. Toulouse, Octarès.

Prunier-Poulmaire, S., Bourgeois, F., Bonnemain, A., Garnier, I. (2009). « Le travail révélé » : l'image pour remettre le travail au centre du débat social ? ». *Colloque international « image du travail, travail des images »*. Poitiers. 3, 4, 5 novembre 2009.

Rabardel, P. (2009). Le pouvoir d'agir à l'épreuve des risques psycho-sociaux. *Séminaire «sujet capable et pouvoir d'agir»*. Université Paris VIII, Saint-Denis, 24 novembre 2009.

Reisberg, B., Fransen, E.H., Souren, L.E., Auer, S.R., Akram, I., & Kenowsky, S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: management and treatment import. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 17, 4, pp. 202-212.

Réjault, W. (2010). *Maman, est ce que ta chambre te plaît ?* Rezé : Privé.

Rico Duarte, L. (sous presse). Dans la maladie d'Alzheimer, les objets perdent-ils leurs parties avant leurs fonctions ? Actes Association pour la Recherche Cognitive ARCO'08, *Intellectica*.

Rico Duarte, L., Martin, S., & Brouillet, D. (2008). Evaluation du traitement des traits perceptifs des concepts de « vivant » et « non vivant » lors du vieillissement normal et de la maladie d'Alzheimer. *Canadian Journal of Behavioural sciences*, 40, 4, pp. 211-219.

Rivault, F. (2004). *Réduire et prévenir les négligences en institution par une réorganisation des services.* Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique. Rennes, ENSP.

Rogalski, J., & Leplat, J. (2009). Des expériences dans l'Expérience. *Colloque de didactique professionnelle, « Expérience »*. Dijon, Décembre 2009.

Rogalski, J., & Marquié, J.-C. (2004). Evolution des compétences et des performances. In J.-M. Hoc & F. Darses (Ed.), *Psychologie ergonomique : tendances actuelles*, pp. 141-173. Paris : PUF.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner. How Professionals think in action*. USA : Basic Books.

Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse : Octarès.

Teiger, C., Cloutier, E., & David, H. (2005). Les activités de soin à domicile : soigner et prendre soin. In M. Cerf & P. Falzon, *Situations de service : travailler dans l'interaction*. Paris, PUF.

Teiger, C., Cloutier, E., David, H., & Prevost, J. (1998). Apprendre à parler de, apprendre en parlant de son travail. Le rôle des dispositifs socialement construits : la restitution collective des résultats de recherche. In A. Lazar (Ed.), *Langage(s) et travail : Enjeux de formation* (pp.352-357). Paris : INRP, CNAM, CNRS Editeurs.

Tronto, J. (2009). Care démocratique et démocraties du care. In P. Molinier, S. Laugier, & P. Paperman, *Qu'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité.* Paris, Payot.

Vézina, M., St-Arnaud, L., Laliberté, D., Maranda, M.-F., & Gilbert, M.-A. (2008). *«Demands in caring professions», JCQ 2.0 International workshop*, Québec, September 5th.

Vidal-Gomel, C. (2007). Compétences pour gérer les risques professionnels : un exemple dans le domaine de la maintenance des systèmes électriques. *Le Travail Humain*, 70, 2, pp.153-194.

Vygotski, L. (1934/1997). *Pensée et langage* (F. Sève, trad.). 3ème édition. Paris : La Dispute.

Weill-Fassina, A., & Pastré, P. (2004). Les compétences professionnelles et leur développement. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 213-232). Paris: PUF.

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Evaluation de la dépendance AGGIR

Le modèle AGGIR propose dix sept items portant sur l'évaluation de la capacité d'une personne à réaliser les actes de la vie quotidienne. L'évaluation porte sur l'autonomie physique et psychique. Elle permet d'évaluer ce que fait seule la personne et discrimine ce que la personne peut faire ou veut faire. Les aides techniques (prothèse, déambulateur, fauteuil roulant...) étant considérées comme faisant partie de la personne.

Usage

Les dix sept items sont répartis en deux catégories : les variables discriminantes et les variables illustratives. Seules les dix variables discriminantes sont utilisées pour le calcul du GIR (Groupes iso-ressources) qui sont aux nombres de six allants de GIR 1 (dépendance totale) au GIR 6 (autonomie totale). Chaque variable se décline en trois modalités de codage représentées par A, B et C. Le calcul se faisant ensuite via un logiciel.

Codage des items

Modalité C : la personne ne fait pas, il faut faire à sa place ou faire faire par quelqu'un d'autre;

Modalité B : la personne peut faire seule, mais ne le fait pas spontanément, ou/et correctement ou/et habituellement ou/et partiellement ;

Modalité A : la personne fait seule et spontanément, habituellement totalement et correctement ;

Les modalités B et C se réfèrent également à l'aide portée par les professionnels de la santé.

Variables discriminantes :

Les dix variables discriminantes évaluent :

- la cohérence : converser ou se comporter de façon logique et sensée ;
- l'orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux ;
- la toilette corporelle, évaluant la toilette du haut (tête, tronc) et la toilette du bas ;
- l'habillage, évaluant les sous-items de l'habillage du haut, l'habillage moyen, et l'habillage du bas ;
- l'alimentation évaluant les sous-items du fait de servir et du fait de manger ;

- l'élimination évaluant les sous-items d'élimination urinaire et d'élimination fécale ;
- les transferts : se coucher, s'asseoir, se lever ;
- les déplacements à l'intérieur : avec ou sans moyens techniques ;
- les déplacements à l'extérieur : de la même manière que l'item précédent, mais à l'extérieur ;
- la communication à distance : utilisation d'un téléphone, d'une télé-alarme.

Variables illustratives

- la gestion : gérer ses affaires, son budget, faire des démarches ou utiliser de l'argent ;
- la cuisine : préparer le repas ;
- le ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers ;
- les transports : faire l'usage des moyens de transports (ou les commander) ;
- les achats : commander par correspondance ou faire des acquisitions directes ;
- le suivi du traitement : observance au traitement médicamenteux ;
- les activités du temps libre : avoir des activités culturelles, sportives, des passe-temps

Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes dépendantes :

- Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées ; une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante.
- Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer ; certains gestes, tels que l'habillage, la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.

Le GIR 4 regroupe deux types de personnes :

- Celles qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement ; une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage.

- Celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le GIR 5 désignent les personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules, mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement.

Le GIR 6 concerne les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

Grille AGGIR (imprimée le 01/02/2010)

Identification du dossier

NOM : Numéro Dossier : 44

Date AGGIR : 01/01/2010 Section : NIVEAU 2 Equipe : ORCHIDÉE

Variables servant à déterminer le groupe iso-ressources

	S	T	C	H	
Cohérence codification globale					B
communication	□	■	■	□	B
comportement	□	■	■	□	B
Orientation codification globale					C
dans le temps	■	■	■	■	C
dans l'espace	■	■	■	■	C
Toilette codification globale					C
haut	■	■	■	■	C
bas	■	■	■	■	C
Habillage codification globale					C
haut	■	■	■	■	C
moyen	■	■	■	■	C
bas	■	■	■	■	C
Alimentation codification globale					C
se servir	■	■	■	■	C
manger	□	■	■	□	B
Elimination codification globale					C
urinaire	■	■	■	■	C
fécale	■	■	■	■	C
Transferts	■	■	■	■	C
Déplacement à l'intérieur	■	■	■	■	C

Groupe iso-ressources : 2

Variables marqueurs d'isolement et de confinement

Déplacements à l'extérieur	■	■	■	■	C
Alerter	■	■	■	■	C

Variables des activités domestiques et sociales

Gestion	■	■	■	■	C
Cuisine	■	■	■	■	C
Ménage	■	■	■	■	C
Transports	■	■	■	■	C
Achats	■	■	■	■	C
Suivi du traitement	■	■	■	■	C
Activités du temps libre	■	■	■	■	C

S Spontanément, T Totalement, C Correctement, H Habituellement

Les adverbes auxquels on a répondu NON sont identifiés par un carré noir

Annexe 2 : Horaires de travail prescrits – Equipe du matin (6h30 – 14h15)

DEROULE D'UNE MATINÉE

HORAIRE : 6H30 14H15

DÉBUT	TACHES	FIN DE TACHES	REPARTITIONS DES NIVEAUX	DESCRIPTION	AGENT CONCERNES
6H30	TRANSMISSION	6H45		Transmissions nuit Directives IDE concernant la matinée	1 IDE / 4 AS ou AMP/ 2 ASH HEB
6H45	PRÉPARATION DES CHARIOTS	07H00		Les ASH prépare les chariots ménage /les AS ou AMP prépare les chariots de changes de tri de linge ainsi que leur sacs poubelles/ les IDE contrôle et prépare leurs chariots de médicaments	1 IDE / 4 AS ou AMP/ 2 ASH HEB
7H00	BINÔME AVEC L'AS POUR LE NURSING	7H40	NIVEAU 3 1 AS+1 ASH NIVEAU 2 1AS+1ASH ET NIVEAU 1 1 AS +1 AS	Les toilettes et l'habillages des résidents sera fait en binôme/préparations des vêtements/mettre les chaussons/accompagner le résidents au wc/ou au lavabo/ouvrir les volets / faire le lit /installer le résidents dans son fauteuil /désinfecter le lavabo/désinfecter le wc remettre 1 sacs poubelles /trier le linge sale dans les chariots de linge /sortir de la chambre quand tout et terminer La désinfection des toilettes et des lavabos étant faites il n'y aura plus à revenir dans la chambre sauf pour le lavage et balayage des sols	4 AS ou AMP/ 2 ASH HEB
7H00	SOINS SUR PRESCRIPTION	7H45	SUR LES 3 NIVEAUX	injections sous cutanées, intramusculaires, insulines, dextros	1 IDE
7H45	RÉCUPÉRER ET VÉRIFIER LE CHARIOT DU PETIT DÉJEUNER	8 H	NIVEAU 1 ASH HOT NIVEAU 2 ASH NIVEAU 3 ASH	Changer de blouse/Se laver les mains S'assurer que tous les ingrédients seront prêts S'assurer que le désinfectant, la lavette, la poubelle, le bac à couverts seront prêts	1 IDE / 4 AS ou AMP/ 2 ASH HEB /1 ASH HOT
			NIVEAU 1 AS NIVEAU 2 AS NIVEAU 3 AS AS (qui et au niveau 1) NIVEAU 2 et 3 IDE	AS continue à installer les résidents pour le déjeuner AS continue à installer les résidents pour le déjeuner AS continue à installer les résidents pour le déjeuner Récupère le chariot des médicaments pour le niveau 1 IDE Récupère le chariot des médicaments	
8 H	DISTRIBUTION DU PETIT DÉJEUNER	9 H	NIVEAU 1 AS +ASH HOT NIVEAU 2 AS +ASH NIVEAU 3 AS +ASH	Commencer par le côté où les résidents sont prêts Préparer le plateau à l'aide de la fiche Ne pas servir les résidents qui ne mangent pas seul Installer les résidents à 2 les plus difficile	3 AS OU AMP/2 ASH HEB /1 ASH HOT
9 H	DÉBARRASSER LES PLATEAUX DÉJEUNER	9H30	NIVEAU 1 ASH HOT NIVEAU 2 ASH NIVEAU 3 ASH	Vérifier que le résident à bien pris son petit déjeuner **Remplir la fiche d'entretien des chambres** Désinfecter la table Approcher le verre et la carafe d'eau Pour le niveau 2 et 3 laisser les couverts Regrouper la vaisselle et vider les liquides dans 1 broc Fermer le sac poubelle les AS donnent les déjeuners aux résidents ne pouvant pas déjeuner seul	2 ASH HEB et 1 ASH HOT 3 AS OU AMP
9H30 9H45	DÉPOSER LES CHARIOTS DEVANT LA LAVERIE BINÔME AVEC AS POUR LE NURSING PAUSE	9H45 10H	 1 ASH HOT	Récupérer la fiche d'entretien des chambres / Continuer le nursing avec AS / ASH HEB Reste à la laverie pour débarrassage des chariots **Pause de l'ensemble du personnel en salle à manger**	2 ASH HEB 4 AS /2 ASH 2 ASH HOT **4 AS ou AMP / 2 ASH HEB / 2 ASH HOT / 1 IDE/ 1 CUIS**
10H	NURSING	11H 30 pour les ASH et 12 H pour les AS	NIVEAU 3 1 AS+1 ASH NIVEAU 2 1AS+1ASH ET NIVEAU 1 1 AS +1 AS	Les toilettes et l'habillages des résidents sera fait en binôme/préparations des vêtements/mettre les chaussons/accompagner le résidents au wc/ou au lavabo / faire le lit /installer le résident dans son fauteuil ou l'accompagner en salle à manger / désinfecter le lavabo/ désinfecter le wc/ remettre 1 sac poubelle/balayer ou laver la chambre si besoin /trier le linge sale dans les chariots de linge /sortir de la chambre quand tout et terminer La désinfection des toilettes et des lavabos étant faites il n'y aura plus à revenir dans la chambre sauf pour le lavage et balayage des sols L'IDE fera au moins 2 toilettes des résidents les plus affaiblis aidée d'une AS (toilettes définies au moment des transmissions), elle assurera par ailleurs les Mise du linge sale en lingerie	2 ASH HEB AS / AMP / IDE
11H30	PAUSE REPAS	12H		Pause dans la salle du personnel	2 ASH HEB/ 2 ASH HOT
12 H	DÉJEUNER RESIDENTS	13H15	EN SALLE	1ère ASH CH aide à servir en salle 2ème ASH fait le service aux résidents dépendants et terminera en la salle	2 ASH HÔTELLERIE et 2 ASH CHAMBRE
		12H45	3 AS EN SALLE 1 AS EN CHAMBRE 1 IDE EN SALLE	Installation des résidents en salle à manger et aide aux repas pour les résidents dépendants Aide au repas en chambre Distribution des médicaments et surveillance	1 IDE /4 AS ou AMP /2 ASH HEB /2 ASH HOT IDE
12H45	PAUSE REPAS	13H15	1 Asou AMP	Pause dans la salle du personnel	1 Asou AMP
13H15	PAUSE REPAS	13H45	3 AS/AMP/IDE	Pause dans la salle du personnel	3 AS/AMP/IDE
13H30	RANGEMENT ET APPROVISIONNEMENT DU CHARIOT MÉNAGE	13H45		Vider les seaux/Nettoyer les seaux Ranger les différents produits /Remplir les vaporisateurs /Remettre des lavettes Remettre des franges/Signaler les problèmes techniques /Remplir la fiche du	ASH CHAMBRE
13H15	RAMENER LES RESIDENTS EN CHAMBRE	13H40	2 AS/AMP après midi et 1AS/AMP du matin	Ramener en chambre les résidents nécessitant un repos voire une sieste	1 AS/AMP après midi et 1AS/AMP du matin
13H45		13H45	1AS/AMP +1ASH	Surveillance et/ou aide auprès des résidents Selon une liste pré-établie	1AS/AMP +1ASH
13 H45	TRANSMISSION	14 H15		Signaler les problèmes survenus pendant le service	Tout le personnel
14 h15	FIN DE SERVICE				

<u>Annexe 3</u> : Feuille de coordination entre ASH – Activité de ménage

ETAT DES CHAMBRES

NIVEAU : 1 **DATE:** 22.07.09 **NOMS:** Ingrid

NYMPHEA

Chbres	Priorité	SALLE DE BAIN		COULOIR		CHAMBRE	
301		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
302		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
303		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
304		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
305		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
306		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
307		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
308		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
309		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
310		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
311		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
312		LAVABO	X			MOBILIERS	X
		WC COMPLET	X				X
		LAVAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X	BALAYAGE DU SOL	X
		ARM de toilette/2 distrib	X	LAVAGE DU SOL	X	LAVAGE DU SOL	X
SERVICE EN SALLE							

COMMENTAIRES :