
François Aubry

Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante

Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

François Aubry, « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante », *Temporalités* [En ligne], 16 | 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012, consulté le 13 décembre 2012. URL : <http://temporalites.revues.org/2237>

Éditeur : ADR Temporalités

<http://temporalites.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://temporalites.revues.org/2237>

Document généré automatiquement le 13 décembre 2012.

© Temporalités

François Aubry

Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante

Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec

- 1 Les aides-soignantes¹ nouvellement recrutées dans les organisations gériatriques publiques françaises (EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et québécoises (CHSLD, centres d'hébergement et de soins de longue durée), traversent une épreuve cruciale durant leur période d'intégration à l'organisation. Cette épreuve consiste à respecter deux rythmes temporels contradictoires dans leur travail quotidien : un rythme rapide durant l'intégralité de leur journée de travail et un rythme lent lors des contacts avec le résident. Nous rassemblons dans la catégorie « nouvelles recrues » les aides-soignantes détenant moins d'un mois d'expérience dans l'organisation gériatrique, soit la période maximale observée de la phase d'intégration dans l'organisation par le personnel expérimenté, du personnel nouvellement diplômé qui réalise sa première expérience professionnelle d'aides-soignantes. Le respect de ces rythmes par ce personnel peu expérimenté dépend fortement de la capacité du collectif de travail à transmettre des stratégies de régulation destinées à faciliter l'acte professionnel. Ce constat présente des similarités dans les deux contextes français et québécois, qui connaissent des problématiques comparables. Mais le type de stratégies transmises diverge selon les organisations que nous avons étudiées. Cet article aura donc également comme objectif d'identifier et comparer quatre stratégies en les rapportant aux contextes organisationnels qui ont favorisé leur émergence, et en les catégorisant plus particulièrement selon leur degré de conformité aux pratiques prescrites par la hiérarchie.
- 2 L'intérêt d'une comparaison entre le contexte français et québécois sur ce thème ne se limite pas au processus actuel de vieillissement de la population dans les deux contextes (Gauthier, Gaymu, 2003). Il provient aussi de la forte identité de plusieurs caractéristiques professionnelles et structurelles en milieu gériatrique. Tout d'abord, les aides-soignantes en France et au Québec sont responsables de tâches identiques, d'assistance au résident (toilettes, aide au repas et au déplacement, etc.), et d'hygiène de son environnement (chambre, lit, etc.) (Dubé, Gagnon, St-Pierre, 2003 ; Beaulieu, 2005). Les EHPAD et CHSLD remplissent la même mission : accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie afin de leur fournir des soins médicaux et une assistance quotidienne (Chaumet-Riffaud, 2002 ; ministère de la Santé et des services sociaux du Québec - MSSS, 2003). Dans les deux contextes, les personnes reçues sont de plus en plus dépendantes physiquement et cognitivement (Clément, Lavoie, 2005), et nécessitent de ce fait une attention accrue de la part des intervenants. Enfin, les directions d'établissement insistent sur la nécessité de maintenir une qualité d'hébergement pour les résidents, en transformant progressivement le milieu gériatrique en un « milieu de vie » (MSSS, 2003 ; Connangle, Vercauteren, 2007). Ce nouveau modèle d'hébergement a pour objectif de donner aux personnes âgées des soins de qualité, dans un souci de « développement de la bientraitance » (Beaulieu, 2007). En France, on parle de démarche qualité (Connangle, Vercauteren, 2007), tandis qu'au Québec, l'expression consacrée est « approche Milieu de vie » (Alderson, 2006).
- 3 Pour autant, les nouvelles caractéristiques des organisations gériatriques ne semblent pas s'accompagner d'une amélioration des conditions de travail des aides-soignantes, notamment du ratio d'aides-soignantes par résidents du service (Aubry, Godin et Couturier, 2011); leur charge de travail tend plutôt à s'intensifier, par la complexification et la multiplication des tâches. Ce processus s'illustre spécifiquement par un haut taux de démissions et d'absentéisme pour ce personnel. En France, selon la Dares (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, 2011), le taux de démissions des aides-soignantes oscille entre 6 et 7 % de l'ensemble des sorties d'emploi enregistrées, dépassant le taux cumulé des départs en retraite, licenciements et fin de périodes d'essai. Dans le contexte québécois, selon Grenier

(2008), la forte mobilité des aides-soignantes s'illustre par un taux de départ de 6,3 % parmi l'effectif en poste pour la période 2006-2007, mais de 24,2 % pour l'effectif arrivé en cours d'année, et de 37,6 % pour les moins de 30 ans. Le taux de départ des jeunes s'explique en partie, selon l'auteur, par le haut taux de démissions en cours d'emploi. L'absentéisme est également une preuve de ce processus d'intensification. En France, selon la direction générale de l'offre de soins (2011), le personnel « aides-soignants » a été absent en moyenne 25 jours en 2008, soit le plus haut taux dans l'univers hospitalier, et en augmentation constante depuis 2005 (22 jours). Au Québec, selon des données de la CSST², les aides-soignantes œuvrant en CHSLD souffrant de lésions reconnues (blessures ou autres traumatismes déclarés) sont absents en moyenne 188 jours par an pour la période 2005-2007, alors que la moyenne provinciale pour l'ensemble des travailleurs est de 87,9 jours. Les travaux de Jasseron et al. (2006) identifient le manque de soutien de l'équipe de travail face à l'intensification de la charge de travail comme un facteur déterminant de la volonté de changer d'horizon professionnel. Enfin, il a été montré que, dans le contexte gériatrique, l'intensification est une cause d'un processus d'individualisation des employés face à la tâche et d'effritement du collectif (Estryn-Behar et al., 2011). Du fait de leur manque d'expérience, les nouvelles recrues peuvent ressentir rapidement les difficultés nées de ce manque d'encadrement par le collectif : comment répondre aux exigences croissantes de qualité lorsque la charge de travail tend à s'intensifier ? Quelles solutions trouver dans le cadre local des organisations ?

- 4 Dans une première partie, nous décrivons les épreuves subies par les nouvelles recrues lors du processus d'intégration à l'organisation, notamment les épreuves temporelles que cause la contradiction des rythmes de travail. Dans une seconde partie, en utilisant principalement les données théoriques tirées des travaux en ergonomie de Caroly et Weill-Fassina (2004), nous montrerons comment le collectif de travail d'aides-soignantes agit comme un puissant créateur de stratégies de régulation qui sont transmises à chaque aide-soignante pour lui permettre de respecter ces rythmes contradictoires. Nous présenterons quatre stratégies (une par organisation étudiée), en montrant en quoi leur émergence dépend étroitement du contexte organisationnel. Enfin, en nous rapportant aux récents travaux de Molinier (2010a ; 2010b ; Ingwiller, Molinier, 2010), nous montrerons dans une troisième partie que l'effacement progressif du collectif et le développement de l'individualisation du fait de l'intensification de la charge de travail, atteint à la santé au travail des aides-soignantes, notamment par la voie de la souffrance éthique.

Méthodologie

Cet article se base sur les résultats d'une étude sociologique qualitative menée en France et au Québec. L'objectif principal de cette étude comparative, en deux phases, était de cerner les modalités d'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les organisations gériatriques. Nous avons tout d'abord effectué 25 entretiens semi-directifs en France dans deux EHPAD publics, entre janvier et avril 2011, dont six auprès de nouvelles aides-soignantes détenant moins d'un mois d'expérience. 24 entretiens ont été également effectués au Québec dans deux CHSLD³ publics, entre juin et août 2011, dont six avec des nouvelles recrues. Ces établissements sont situés à quelques kilomètres d'une ville de 100 000 habitants. Le nombre de résidents, oscillant entre 125 et 225 selon l'établissement, et le ratio résident/aide-soignante (entre 6,23 et 6,60), causent un écart entre les quatre organisations : les organisations cumulant le plus grand nombre de résidents (EHPAD 2 et CHSLD 2) sont mieux pourvues en aides-soignantes que les deux autres organisations. Le tableau suivant répertorie les caractéristiques des quatre établissements.

Tableau 1. Présentation des établissements

Contexte	Organisation	Nombre de résidents	Nombre d'aides-soignantes	Ratio (résidents par aides-soignantes, en moyenne)
France	EHPAD 1	165	25	6.60
	EHPAD 2	225	36	6.25
Québec	CHSLD 1	125	19	6.58
	CHSLD 2	187	30	6.23

Pour les entretiens, nous avons choisi de recruter des aides-soignantes travaillant dans deux services différents pour chaque établissement, mais spécialisés uniquement en soins de long séjour (hors des services de courts séjours ou axés sur le traitement de maladies spécifiques comme la maladie d'Alzheimer). Une première partie de la grille d'entretien concernait la description du processus d'intégration des nouvelles recrues dans l'organisation gériatrique, et la seconde partie était consacrée à la souffrance au travail (énumération des causes de fatigue, description des activités pénibles, etc.). Nous avons volontairement adopté une attitude d'ouverture afin d'intégrer des données nouvelles concernant les thématiques de cette étude.

Nous avons également passé 70 heures en observation non participante, dont 35 heures dans un EHPAD en France et 35 heures dans un CHSLD au Québec. Nous avons donc suivi une nouvelle recrue par établissement pendant cinq jours, sept heures par jour, à compter de sa date d'entrée dans l'organisation. Le choix de l'EHPAD et du CHSLD pour cette phase d'observation fut donc dépendant de l'entrée d'une nouvelle recrue dans l'organisation. Une grille d'observation a été utilisée à cette fin, où furent notées les différentes étapes du processus d'intégration des nouvelles recrues.

Tableau 2. Processus méthodologique

Contexte	Organisation	Entrevues aides-soignantes	Entrevues nouvelles recrues	Observations
France	EHPAD 1	8	2	35 heures
	EHPAD 2	11	4	Non
Québec	CHSLD 1	7	2	Non
	CHSLD 2	11	4	35 heures

Enfin, nous avons mis à contribution une méthodologie semi-inductive (Glaser, Strauss, 1967) pour une analyse thématique des données qui nous a permis de révéler des thèmes spécifiques, non abordés dans les grilles d'entretiens et d'observation, telles que l'existence de rythmes de travail spécifique et l'usage de stratégies de régulation, qui sont devenus le cœur de notre analyse.

Les épreuves d'intégration

Le stage d'aide-soignante, une première expérience

- 5 Les parcours de formation des aides-soignants en France et au Québec sont très similaires. Dans les deux contextes, leur intégration dans les organisations gériatriques est reconnue comme une expérience difficile. La majorité d'entre elles intègrent de telles résidences dans le but de fournir une assistance de qualité aux personnes âgées dépendantes. Arborio (2001) a montré que l'acte relationnel (aider, assister, prendre soin, etc.) fonde la légitimité et le sens de leur pratique. Mais la déception ressentie lors des premiers temps de l'entrée en fonction est importante : la « traversée du miroir » (Hughes, 1996) est la découverte progressive du

décalage entre l'image idéalisée du métier, centré sur les relations humaines, et la réalité difficile et parfois rebutante.

- 6 Plus particulièrement, deux épreuves subies lors des premiers temps de pratiques semblent difficiles à supporter. La première épreuve est donc celle du décalage entre l'image idéalisée du métier – le relationnel – et l'expérience des pratiques rebutantes durant les phases de stages. La formation obligatoire d'aide-soignante en France conduit à l'obtention d'un diplôme professionnel d'aide-soignante (DPAS). Au Québec, s'il n'est pas légalement réclamé, le diplôme d'études professionnelles (DEP) d'assistance à la personne en établissements de santé est pourtant réclamé par les employeurs actuellement afin de devenir préposés dans un CHSLD public. Ainsi, la très grande majorité des nouvelles arrivantes en EHPAD et CHSLD publiques découvre la gériatrie lors d'une période de stage⁴, et connaît une première expérience difficile du métier. Loin de rester uniquement dans la relation humaine, les aides-soignantes doivent effectuer un travail complet de « restauration » (Doniol-Shaw, 2009) du corps et de l'environnement du résident, sous la supervision directe des infirmières. Certes, cette phase est décrite par une majorité d'aides-soignantes interrogées comme une étape normale du processus d'apprentissage du métier. Mais certaines, notamment celles qui n'ont jamais eu à réaliser de toilettes dans un cadre familial avant d'intégrer une telle organisation, n'hésitent pas à exprimer le dégoût ressenti durant cette période.

« J'avoue, j'ai été surprise, au moment du stage. Je savais qu'on allait devoir s'occuper physiquement des personnes, avec leur déjections, les nettoyer après, et puis nettoyer le lit sale... mais ça fait un choc la première fois. Il faut dire que j'en avais jamais fait, mais ça sent mauvais, ça pue, tu te dis "Je vais devoir faire ça toute ma vie ?" »

(aide-soignante, France, 24 ans, 3 ans d'expérience)

« Durant le stage pendant ma formation, j'ai trouvé que ce qui était dur en gériatrie, c'était principalement le fait que tu dois t'occuper de toutes les affaires sales des gens [...]. La première journée de stage, je me suis posé des questions, genre : Est-ce que je vais être capable ?

(aide-soignante, Québec, 25 ans, nouvelle recrue).

- 7 Les aides-soignantes qui ne parviennent pas à surmonter cette épreuve durant leur phase de stage peuvent décider de travailler dans un autre domaine de santé (hôpital, rééducation, etc.). D'ailleurs, pour celles qui ont décidé de continuer à travailler en gériatrie après leur phase de stage, le dégoût ne disparaît jamais totalement (Marché-Paillé, 2010). En fait, l'épreuve du décalage avec l'image du métier se résout, pour les nouvelles recrues, par une occultation progressive du caractère dégradant des pratiques et l'usage d'une présentation valorisante du métier, soit celle de la relation humaine (Arborio, 2001) ; pourtant, les pratiques purement relationnelles définies et mesurées uniquement par le temps partagé entre résident et aides-soignantes sont, selon nos observations, peu nombreuses, et fortement conditionnées par la charge de travail.

Tenir un rythme soutenu et savoir ralentir

- 8 Une seconde épreuve se cumule à celle-ci, que l'aide soignante découvre plutôt au moment de l'intégration à l'organisation, une fois le diplôme acquis et les stages effectués. Cette épreuve se retrouve également dans les deux contextes français et québécois, qui se ressentent tous deux l'accentuation des exigences en termes de qualité du travail et l'intensification de la charge de travail. Les nouvelles recrues doivent trouver un équilibre entre deux rythmes de travail contradictoires. Le premier rythme doit être soutenu tout au long de la journée de travail, afin de respecter la charge de travail prescrite sans perdre de temps durant les différentes phases de travail (réveil, toilettes, repas, etc.). Par exemple, une aide-soignante peut refuser de prolonger la discussion avec une personne âgée pendant sa toilette du matin.

« Une chose qu'on comprend vite quand on est ici au début, et qu'on ne voit pas trop en stage, c'est le fait d'aller vite... enfin c'est toujours se dépêcher, tu

t'occupes d'une dame, tu lui fais sa toilette, tu voudrais rester pour lui parler, mais non tu ne restes pas... tu passes à une autre... Parce qu'il y a un plan de travail à respecter, donc faut prendre le rythme. »

(aide-soignante, France, 30 ans, 8 ans d'expérience)

« C'est toujours "Go, go, go", tu ne t'arrêtes pas dans une journée... Le relationnel avec la personne, c'est quand on peut, mais c'est sûr que tu ne peux pas rester 10 minutes avec une madame à jaser. Tu fais la toilette, les soins du corps, tu lui parles un peu en même temps, et tu passes à autre chose. »

(aide-soignante, Québec, 42 ans, 15 ans d'expérience)

- 9 Le second rythme est celui des contacts avec les résidents, qui demande aux aides-soignantes de ralentir pour écouter et répondre aux multiples besoins des personnes âgées, pour entretenir de bonnes relations avec elles et veiller à ne jamais les maltraiter.

« On a un gros rythme à suivre, et c'est difficile quand tu fais une toilette, ou quand tu donnes un bain... parce que tu ne peux pas aller plus vite que la personne, et d'ailleurs tu ne dois pas la brusquer. Tu dois ralentir et faire ton travail en suivant au mieux son rythme, mais sans perdre trop de temps. »

(aide-soignante, France, 29 ans, 10 ans d'expérience)

« Le plus difficile, c'est de bien prendre le temps avec la madame dont tu t'occupes, de prendre le temps avec elle, quand tu fais une toilette par exemple, alors que tu sais que tu as encore six personnes à t'occuper après... »

(aide-soignante, Québec, 38 ans, 6 ans d'expérience)

- 10 Ces rythmes sont contradictoires parce qu'ils suivent des logiques temporelles divergentes : d'une part la rapidité dans l'accomplissement des tâches, et d'autre part la lenteur des contacts corporels. La rationalisation des temps de travail propre à une organisation « industrielle » (Méhaut, al., 2009) octroie très peu de temps à des actes qui demandent pourtant de respecter le rythme du patient. Les aides-soignantes nouvellement intégrées doivent apprendre à respecter ces rythmes, ce qui peut constituer une épreuve particulièrement difficile, puisqu'elle brise en partie l'image idéalisée du métier.

« En arrivant ici, tu te rends compte qu'on a beaucoup de choses à faire en peu de temps, et je n'avais pas ressenti ça en stage [...]. En fait, tu dois t'occuper des résidents, tu dois les aider, les emmener à la toilette, par exemple, mais tu as deux minutes pour faire ça. Ça ne convient pas à une madame de 90 ans... et je ne m'attendais pas à ce qu'on soit autant dans le jus, et qu'on ait si peu de temps pour les résidents

(aide-soignante, Québec, 25 ans, nouvelle recrue)

- 11 Comme l'ont montré Litim et Kostulski (2006), une expérience négative de ce décalage peut conduire les aides-soignantes les moins expérimentées à la culpabilité ou à la résignation. Ceci prouve toute l'importance de l'encadrement des jeunes recrues par les aides-soignantes plus expérimentées, et, plus globalement, par un collectif de travail d'aides-soignantes.

Le collectif, instance d'équilibrage des rythmes temporels

Les fonctions du collectif

- 12 Nous définissons le collectif de travail comme l'ensemble des aides-soignantes travaillant dans un même service de travail, c'est-à-dire dans un contexte local de partages de pratiques et de normes (Caroly, 2011), qui peut jouer un rôle important de soutien moral et/ou technique (Brizon, 2002) pour chacun de ses membres. Dans le contexte gériatrique, le collectif d'aides-soignantes détient plusieurs fonctions.
- 13 Sa première fonction est de transformer les injonctions organisationnelles présentées plus haut (quantité/qualité) en rythmes de travail pour chacun des membres. Plus précisément, le collectif est l'instance de transformation des règles dictées par l'institution en normes de

travail à deux rythmes. De fait, il imprime une norme de rapidité empêchant toute aide-soignante de donner trop de temps pour une relation avec une personne âgée, ou un soin. Mais il oblige chacun à respecter une norme de ralentissement au moment du contact avec le résident. L'injonction bureaucratique se transforme ainsi en enjeu organisationnel lorsque le collectif de travail devient le garant du respect de tels rythmes. Les aides-soignantes notent justement que, selon elles, c'est l'ensemble des membres du collectif qui doit respecter de telles normes, et notamment les recrues nouvellement intégrées à l'organisation, puisque chacun des membres dépend des injonctions organisationnelles prescrites, soit la charge de travail et la qualité des pratiques.

« On est toutes obligées de respecter le rythme, de suivre le temps, sans ça... tu mets tout le monde en retard, les autres doivent venir t'aider, et on s'en sort pas... »
(aide-soignante, France, 54 ans, 33 ans d'expérience).

« Il y a des horaires qu'on doit tenir, comme par exemple : à telle heure tu dois avoir fini avec tes dix personnes pour les toilettes. Sans ça, tu te mets en retards pour les déjeuners. Donc il faut qu'on arrive à tenir le rythme qu'on se fixe toutes, parce qu'on est toutes obligées de se dépêcher pour être dans les temps. »
(aide-soignante, Québec, 29 ans, 9 ans d'expérience)

14 La deuxième fonction du collectif est l'évaluation de la compétence des recrues à « jongler » avec les deux rythmes de travail contradictoires. Ceci pose des problèmes techniques et éthiques fondamentaux. Techniques, car il faut savoir remplir ses tâches rapidement sans pour autant mettre en danger le corps du résident ; éthiques, puisque se joue la question de la qualité du travail lorsque les conditions humaines et matérielles ne sont pas suffisantes pour atteindre cet idéal. Confrontées à ces problèmes, les nouvelles recrues sont donc susceptibles de commettre des erreurs et doivent réajuster leur pratique, principalement lors des premières journées de travail. Pendant les premiers jours d'essai, une « ancienne » plus expérimentée joue le rôle de mentor ou de tuteur, mais doit aussi évaluer la capacité de la recrue à maîtriser les rythmes de travail contradictoires. Les « anciennes »⁵ sont chargées de l'évaluation des « nouvelles », c'est-à-dire des jeunes recrues. Les anciennes deviennent des porte-parole du collectif pendant l'intégration des nouvelles, puisqu'elles jugent de leur capacité à respecter les rythmes de travail et leur transmettent des stratégies régulatrices.

15 Le collectif est enfin chargé de la sélection des recrues. Nous avons montré ailleurs comment le collectif de travail contrôle en partie le processus d'intégration des recrues (Aubry, 2010) pendant les phases dite de « doublage », en France, et d'« orientation » ou « training » au Québec. Le processus est sensiblement identique dans les deux contextes. Durant ces phases de 2 à 5 jours, une ancienne est chargée de superviser une nouvelle arrivante lors de phases pratiques durant lesquelles les rythmes de travail sont en jeu, soit les toilettes, les bains, les repas. L'ancienne émet rapidement un jugement sur la capacité de la recrue à respecter les rythmes de travail contradictoires. Ainsi, la phase d'intégration se présente comme un processus d'interaction par lequel une nouvelle recrue va être habilitée (Stroobants, 2007) par une ancienne à travailler selon les normes collectives. Celles qui ont tendance à respecter davantage le rythme rapide sont rapidement identifiées comme capables de pratiques maltraitantes. Celles qui respectent majoritairement le rythme du travail relationnel sont perçues comme des novices peu soucieuses de la charge de travail collective, qui pourrait entraîner une perte de temps mal vécue par le collectif d'aides-soignantes. Le collectif peut donc écarter les nouvelles recrues qui ne parviennent pas à respecter les rythmes prescrits. Les aides-soignantes plus expérimentées ayant déjà vécu de telles phases de doublage ou d'orientation parlent des jeunes recrues compétentes comme celles sachant prendre des « initiatives » (France) ou sachant tenir un « beat » (Québec). Ces termes illustrent la capacité des recrues à respecter un rythme rapide dans le souci d'atténuer la charge de travail collective, tout en sachant réduire la cadence temporairement au contact du résident.

« Quand une jeune arrive, tu vois vite si elle l'a ou pas... Il faut qu'elle soit douce avec la madame, mais jamais elle doit trop prendre de temps parce qu'elle peut

mettre en retard tout le monde. [...] il faut qu'elle ait le *beat*, qu'elle sache aller d'un résident à un autre sans perdre de temps. »
(aide-soignante, Québec, 36 ans, 15 ans d'expérience)

- 16 Accepter ces normes et les mettre en application n'est pas un processus aisé. Il paraît en effet difficile, pour les nouvelles arrivantes, de respecter ces deux normes contradictoires sans tendre durant leurs premières expériences à répondre prioritairement à l'une ou l'autre des injonctions. Précisément, le collectif détient une quatrième fonction, soit celle de créateur/transmetteur de stratégies de régulation nécessaires à l'équilibrage des rythmes de travail des nouvelles recrues.

Le collectif et la transmission des stratégies de régulation

- 17 Le métier d'aide-soignante est largement considéré dans les écrits scientifiques comme une activité professionnelle à faible technicité (Arborio, 2009). Cette affirmation tient compte de la division technique du travail au sein des organisations hospitalières, et, plus précisément, gériatriques : plus le poste occupé dans cette division est élevé, plus celui-ci nécessite la connaissance et l'application de compétences techniques, comme c'est le cas pour les médecins ou les infirmières. Les aides-soignantes, au bas de cette échelle technique, défendent davantage l'usage de compétences relationnelles (Arborio, 2001) qu'elles développent au contact du résident. Dans le cadre de notre étude, elles construisent et utilisent des stratégies de régulation afin de parvenir à respecter les rythmes temporels contradictoires. Pour reprendre les propos de Bourrier (2009), les aides-soignantes « ont acquis des zones de compétences qu'[elles] sont les seul[e]s à détenir parfaitement. C'est le groupe dans son ensemble qui au final, réussit à se construire par toute une série de tactiques, conscientes et inconscientes tout à la fois » (p. 152). Dans la lignée des travaux de Caroly et Weill-Fassina (2007), nous définissons ces stratégies de régulation comme un ensemble de pratiques tacites collectivement partagées et transmises entre aides-soignantes expérimentées et novices, et qui permettent de respecter les exigences imposées malgré leur éventuel caractère contradictoire. Selon ces auteurs (2004), des stratégies de régulation peuvent résoudre les conflits engendrés par les contradictions vécues en situation de travail.
- 18 Nous avons pu observer et répertorier des stratégies de régulation dans les quatre organisations. Elles ont toutes pour fonction de répondre aux exigences contradictoires des organisations gériatriques en termes de rythmes de travail. Mais la nature de ces stratégies et leur mode de transmission diffèrent d'une organisation à une autre. En effet, elles dépendent des contextes locaux, des caractéristiques de chacune des organisations (nombre de résidents, ratios, etc.), des problématiques spécifiques à chacune d'entre elles, et du degré de liberté et d'autonomie laissée au collectif pour créer, utiliser et transmettre des stratégies de régulation. Nous avons choisi de catégoriser exclusivement ces stratégies selon le critère du respect des règles dictées par la hiérarchie : certaines sont manifestement clandestines, puisqu'elles ne respectent pas stricto sensu les pratiques prescrites par la hiérarchie organisationnelle (infirmières et chefs d'unité de vie au Québec, infirmières et cadres de santé en France) ; d'autres sont communément acceptées par cette hiérarchie et la direction d'hébergement. Ce type de catégorisation ne permet pas d'identifier dans le détail le poids des caractéristiques organisationnelles dans la création de ces stratégies ; mais il a le mérite de comparer ces organisations selon un critère identique, soit la conformité de ces stratégies aux pratiques prescrites par la hiérarchie. Nous présentons donc quatre stratégies observées.

Stratégies acceptées par la hiérarchie organisationnelle

- 19 EHPAD 1. Dans cette organisation française, une des stratégies observées consiste à commencer le travail du matin par les résidents les plus dépendants physiquement, car leur réveil et leur toilette sont susceptibles de prendre le plus de temps. Ceci permet au personnel de mieux maîtriser les rythmes à tenir durant la journée de travail : si le temps passé pour les premiers résidents est considéré comme long, les aides-soignantes pourront rattraper leur retard auprès des autres résidents, en accélérant le rythme hors de la phase de proximité. Le temps réservé aux autres résidents pourra être plus flexible, puisque les risques

de ralentissement seront plus faibles. Néanmoins, l'usage d'une telle stratégie n'est pas assuré dans toutes les organisations : il faut que les infirmières responsables de l'encadrement des aides-soignantes acceptent de leur laisser une certaine marge de liberté dans la construction du plan de travail, ce qui est le cas dans le service étudié :

« Quand je suis arrivée, il y a une semaine, ma tutrice m'a dit : tu prends les plus difficiles de ton plan de travail en premier ; par exemple, tu prends les plus lourds, et tu finis par les plus légers... ça permet de mieux gérer la journée, d'être moins speed. »

(aide-soignante, France, 19 ans, nouvelle recrue)

20 Parallèlement, grâce à cette liberté donnée au collectif de travail de modifier son plan de travail, la transmission de la stratégie est facilitée. L'aide-soignante expérimentée peu librement la proposer à la recrue, et celle-ci peut aisément en discuter avec les autres collègues et l'intégrer à ses stratégies.

21 CHSLD 2. Une autre stratégie acceptée par la hiérarchie, identifiée dans une organisation québécoise, consiste à alimenter deux résidents en même temps. Par exemple, durant le déjeuner, une aide-soignante peut alimenter alternativement deux résidents placés en face d'elle ; ceci permet de rester proche d'eux tout en gagnant du temps. L'usage d'une telle stratégie est accepté par le chef d'unité de vie du service étudié, qui n'y voit pas d'atteinte aux besoins du résident ; de fait, sa transmission auprès des nouvelles recrues est facilitée.

Stratégies clandestines

22 EHPAD 2. Dans cette organisation, la stratégie observée consiste à retarder le passage aux toilettes d'un patient souffrant d'incontinence. Emmener un patient aux toilettes est considéré par le personnel comme un acte long, qui demande beaucoup de temps (5 à 15 minutes). Si elles garantissent qu'il faut toujours s'informer de l'urgence de la demande du résident, certaines aides-soignantes estiment qu'il n'est pas nécessaire d'accepter à chaque fois qu'un résident demande à être emmené aux toilettes, et choisir plutôt une ou deux périodes maximum durant une demi-journée de travail pour répondre à ce besoin. Les aides-soignantes estiment respecter les besoins des résidents en procédant ainsi, mais ce n'est pas l'avis du cadre de santé du service étudié, qui voit dans cette pratique une forme de maltraitance non-avouée. Ainsi, les aides-soignantes parlent peu de cette stratégie, et tentent de cacher cette pratique à leur hiérarchie. De fait, la transmission auprès des nouvelles arrivantes n'est pas un processus aisé : elle a souvent lieu aux moments où le contrôle de la hiérarchie est faible, notamment durant les pauses. De plus, cette stratégie peut donner un sentiment de culpabilité à la nouvelle recrue :

« On a un monsieur qui est incontinent, et une collègue m'avait dit : si tu peux éviter d'aller toujours répondre si c'est pour aller aux toilettes, ce serait bien, parce qu'il va vouloir y aller toutes les dix minutes... Ça m'a beaucoup dérangée au début, et puis avec le temps tu te dis que c'est mieux, sans ça ta journée n'avance pas. »

(aide-soignante, France, 22 ans, nouvelle recrue)

23 On constate qu'une telle stratégie pose un problème éthique essentiel aux nouvelles recrues : pour ne pas perdre de temps, elles doivent accepter de ne pas répondre aux demandes du résident, contrevenant par là même aux objectifs de leur pratique. Mais l'adhésion à un collectif peut normaliser une situation de doute sur la qualité de sa pratique. Cela lui permet de ne pas tomber dans le désenchantement individuel et de trouver dans la solidarité collective une forme d'appui moral.

24 CHSLD 1. Dans cette organisation, une stratégie clandestine observée consiste à utiliser seul un lève-personne (appelé « souleveur » au Québec) pour les résidents fortement dépendants afin de pouvoir changer leurs draps. La direction d'établissement demande pourtant explicitement de réaliser ces actes à deux aides-soignantes, afin que le résident ne risque pas de chuter. Mais on a pu observer que, dans certaines situations où le personnel est en retard par rapport à son plan de travail, des aides-soignantes n'hésitent pas à le faire toutes seules, pour ne pas attendre qu'une collègue se libère. Elles prennent beaucoup de précautions pour ne pas risquer une chute du résident, et considèrent de ce fait qu'elles ne le mettent

pas en danger. Du fait de sa nature clandestine, il semble difficile que cette stratégie puisse être transmise facilement aux recrues. Elle pourrait poser, elle aussi, un problème éthique aux recrues, cause d'une souffrance morale que l'appartenance à un collectif peut apaiser.

Une fragilisation du rôle du collectif

Individualisation du rapport aux rythmes du travail

- 25 La transmission de ces stratégies, qu'elles soient clandestines ou acceptées par la hiérarchie, par les aides-soignantes expérimentées et leur acquisition par les jeunes recrues représentent des véritables enjeux éthiques. Le collectif de travail peut jouer un rôle de soutien moral permettant aux nouvelles recrues de ne pas sentir coupable en respectant des exigences organisationnelles.
- 26 Pourtant, les conditions positives permettant une transmission réussie de ces stratégies entre aides-soignantes en gériatrie semblent actuellement difficiles à trouver, et ce dans les deux contextes français et québécois. Le rôle structurant du collectif de travail d'aides-soignantes envers les recrues paraît en effet fragilisé actuellement (Estryn-Behar, 2011). Les moments où le personnel expérimenté, titulaire, encadre le personnel novice, majoritairement précaire, semblent plus rares et de moins bonne qualité, par l'effet de l'intensification du travail et du fort roulement de personnel (Divay, 2010).
- 27 Cet état de fait peut aboutir à une individualisation du rapport des aides-soignantes au travail, et notamment aux rythmes de travail contradictoires. Les conséquences peuvent être importantes. Par exemple, nous avons pu noter que les travailleurs expérimentés, en France et au Québec, tendent à refuser fréquemment de réaliser des pratiques de doublage ou d'orientation : devant assurer ces phases d'intégration pendant leur période de travail, les anciennes disent ne pas avoir le temps de bien transmettre leurs compétences ; de plus, le fort taux de roulement de personnel les conduit à penser que leur travail de transmission n'a pas ou peu d'utilité.

« Je refuse actuellement de faire de l'orientation... C'est trop de travail. On en fait de plus en plus, et il faut en plus qu'on fasse du doublage durant notre période de travail... C'est toujours des nouvelles qui arrivent, qui repartent, c'est toujours à refaire. »

(aide-soignante, France, 52 ans, 33 ans d'expérience)

- 28 Si les anciennes aides-soignantes refusent d'encadrer de telles périodes d'intégration, les nouvelles recrues devront affronter seules les rythmes de travail. Cette expérience est négative, surtout lorsque la nouvelle ne maîtrise pas encore les situations, et que l'expérience professionnelle d'aide-soignante représente une nouveauté pour la recrue (hors de la période de stage).

« Ma première expérience, j'ai dû la faire toute seule. En fait, celle qui devait me superviser a dû remplacer quelqu'un d'autre qui était absente, alors on m'a dit : "ok, tu vas devoir te débrouiller", alors j'ai fait mes toilettes... j'étais un peu en retard mais on m'a aidée à la fin pour finir avant midi. »

(aide-soignante, France, 25 ans, 2 ans d'expérience)

- 29 Cette situation de solitude face aux exigences du travail peut donc être particulièrement mal vécue pour une forte proportion de nouvelles recrues. Comment une nouvelle recrue parvient-elle à trouver un équilibre temporel si aucun personnel expérimenté n'est présent pour imposer les normes collectives de rythmes de travail, ou pour transmettre des stratégies de régulation ? Par ailleurs, comment une nouvelle recrue peut-elle ne pas tendre vers la résignation si elle utilise une stratégie clandestine sans soutien moral du collectif de travail ?

« Il y a une semaine, une nouvelle est venue, mais on ne pouvait pas faire de *training*, on était dans le jus. On lui a dit qu'on l'aiderait la journée suivant, mais la pauvre était tellement en retard qu'elle a refusé de faire une seconde journée. Elle se sentait mal à l'idée de ne pas prendre du temps pour les résidents. »

(aide-soignante, Québec, 44 ans, 23 ans d'expérience)

30 Ainsi, l'état actuel des organisations gériatriques rend la période d'intégration des nouvelles recrues complexe et difficile. Il paraît de plus en plus difficile pour elles d'intégrer des stratégies de régulation qui leur permettrait de faciliter leur expérience professionnelle, car les périodes de transmission se raréfient ou se complexifient. Dans ce cadre, les stratégies collectives de régulation tendent à se transformer en stratégies individuelles de défense afin de « tenir » individuellement face aux contradictions des rythmes de travail. Ces stratégies individuelles n'ont plus vocation à répondre adéquatement à des exigences contradictoires ressenties collectivement, mais à sacrifier une exigence pour mieux répondre à l'autre – le plus souvent celle privilégiant le rythme organisationnel. Nous avons pu observer certaines de ces stratégies : une aide-soignante, en France, refuse de répondre au téléphone dans la chambre d'un résident car elle prétend que le membre de la famille qui appelle lui fait perdre beaucoup de temps et l'empêche de respecter le plan de travail. Ici, la relation au résident est sacrifiée au profit du rythme de travail imposé par le collectif. Au Québec, une ancienne demande à une nouvelle recrue, ayant terminé sa phase d'orientation, de faire la toilette de résidents fortement dépendants, ce qui nécessite un temps conséquent. L'ancienne explique son choix par le fait que la nouvelle « apprendra plus vite si elle s'occupe de ce type de résidents tout de suite ». En fait, l'ancienne, jouissant de ses années d'expérience, préfère déléguer à sa collègue une tâche complexe, afin de consacrer davantage de temps à « ses patients », c'est-à-dire aux moins récalcitrants (Molinier, 2005).

Le risque de développement de la souffrance éthique

- 31 Ces deux exemples, parmi d'autres, démontrent toute l'importance de prendre en compte ce processus d'individualisation du rapport au travail en gériatrie. Le manque d'encadrement collectif des aides-soignantes peut les conduire à faire du résident non plus un sujet qui a des besoins mais l'objet autour duquel tournent les problématiques des rythmes de travail. La dépersonnalisation des résidents (Caradec, 2001) et les pratiques maltraitantes peuvent alors devenir des risques concrets : « En situation de surcharge, il est facile d'oublier l'humanité de quelqu'un » (Molinier, 2010a, p. 116). La maltraitance évoquée ici n'est pas considérée comme une forme individualisée de violence d'un acteur professionnel envers un résident, mais comme le résultat d'une organisation du travail inadéquate (Molinier, 2010b) qui favorise la priorisation de la charge de travail et du respect du rythme de travail organisationnel.
- 32 De ce fait, ce processus d'individualisation peut avoir également des conséquences en termes de santé au travail. Nous avons montré que le collectif de travail tend à protéger chacune des aides-soignantes de ses doutes sur la qualité de ses pratiques. Un effritement du collectif provoque pour ses membres une forme de souffrance dite éthique (Ingwiller et Molinier, 2010), née de l'écart entre l'image valorisée du métier et le travail réel. Cette souffrance se définit comme un mal-être consécutif au fait de réaliser des actes moralement condamnables. Bonnemain, Vidal-Gomel et Bourmaud (2011) ont particulièrement bien démontré comment la souffrance éthique chez les aides-soignantes en gériatrie en France naît du sentiment de ne pas pouvoir offrir une assistance de qualité lorsque la charge de travail est excessive. Prolongeant cette idée, il faut noter toute l'importance du collectif dans la transmission des stratégies de régulation des anciennes aux nouvelles, afin d'éviter ce type de souffrance ; le savoir issu du collectif « se discute et se transmet des plus anciennes aux novices, le savoir-faire du *care* est le produit d'une expérience collective » (Molinier, 2009, p. 451).
- 33 Ainsi, reprenant l'idée de De Bandt, Dejours et Dubar (1995), nous pensons qu'un espace de délibération est nécessaire à la construction d'une intelligence collective et d'une logique de coopération entre pairs. Selon Dejours (2009, p. 293), « La coopération, c'est ce qu'il faut collectivement inventer pour combler les lacunes, pour adapter et ajuster les prescriptions formulées par la hiérarchie, c'est-à-dire adapter ou "interpréter" les ordres. ».
- 34 Une organisation ou un mode de gestion du personnel doivent donner suffisamment d'espace à ses membres pour construire une telle coopération. Il a été démontré (Foner, 1993 ; Bourrier, 2009) toute l'importance des phases de repos et de repas entre les membres de l'équipe d'aides-soignantes afin de construire un tel espace de discussion collective. La phase d'intégration des nouvelles recrues doit précisément être considérée comme un tel espace-temps de délibération,

pour trouver des accords normatifs collectifs (Dejours, 2009) qui répondent aux problèmes de l'organisation. Selon nous, la fragilisation d'une telle phase gêne la régulation collective, contribuant ainsi à la souffrance éthique, jusqu'à expliquer les forts taux de démissions et d'absences pour les nouvelles recrues présentés plus haut.

35 Nous avons montré dans cet article que la phase d'intégration des nouvelles recrues aides-soignantes dans les organisations gériatriques françaises et québécoises est une phase complexe d'expérimentation du métier, où elles découvrent des normes collectives de rythmes de travail. Nous avons pu constater que les aides-soignantes tendent à suivre collectivement un même objectif : respecter ces rythmes de travail par l'usage et la transmission de stratégies de régulation afin de répondre à des prescriptions contradictoires.

36 Néanmoins, notre étude présente deux limites majeures. La première tient au faible nombre d'établissements observés. Une étude portant sur davantage d'établissements et d'aides-soignantes, pourrait permettre de construire un catalogue plus étendu des stratégies utilisées. Une seconde limite porte sur notre choix de considérer uniquement ces stratégies selon leur degré de conformité envers les pratiques prescrites par la hiérarchie. Une analyse plus fine des organisations (histoire, caractéristiques du personnel, etc.) permettrait de mieux identifier les conditions favorisant l'émergence de ces stratégies, et de les rapporter à leur contexte culturel national ou provincial.

37 Postulant néanmoins l'existence et l'usage de ces stratégies de régulation des rythmes de travail, nous pouvons proposer une piste d'amélioration de l'intégration des nouvelles recrues. En accord avec les travaux de Yeatts *et al.* (2004), il serait pertinent que la hiérarchie organisationnelle donne davantage d'autonomie et de pouvoir aux aides-soignantes dans l'organisation de leur travail, tout en contrôlant leur qualité finale. Ceci permettrait aux aides-soignantes, et plus particulièrement aux nouvelles recrues, d'utiliser, voire de créer davantage de stratégies, sans tomber dans la crainte d'être jugé comme un membre « incompetent », voire « maltraitant », par un membre de la hiérarchie.

Bibliographie

ALDERSON M., 2006. « "Milieu de vie" ou "milieu de soins" : un débat chaud en Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée », *Vie et vieillissement* 5 (1), p. 9-15.

ARBORIO A-M., 2001. *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.

ARBORIO A-M., 2009. « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" » in DEMAZIÈRE D., GADÉA C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La découverte, p. 51-61.

AUBRY F., 2010. « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS*, Premiers textes

AUBRY F., GODIN K., COUTURIER Y., 2011. « Les préposés aux bénéficiaires face au processus d'implantation de l'approche Milieu de Vie en soins de longue durée : Critiques et perspectives futures », *Vie et vieillissement* 9 (3), p. 36-42.

BEAULIEU M-B., 2005. *La personne âgée. Rôle de l'aide-soignante en institution et à domicile*, Paris, Masson.

BEAULIEU M., 2007. « Maltraitance des personnes âgées » in ARCAND M., HÉBERT R. (dir.), *Précis pratique de gériatrie*, Acton-Vale, Edisem, p. 1145-1163.

BONNEMAIN A., VIDAL-GOMEL C., BOURMAUD G., 2011. « Conflits de temporalités et conflits éthiques : perspectives de recherche et pistes d'intervention pour le traitement de risques psychosociaux en EHPAD », *SELF'2011, Congrès International d'Ergonomie*, Paris, 14-16 septembre 2011.

BOURRIER M., 2009. « "Nous, on soigne rien sauf des machines". Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en anesthésie », *Sociograph* 8, Genève, Université de Genève.

BRIZON H. 2002. *L'intégration de nouveaux soignants*, Paris, Masson.

CARADEC V., 2001. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan.

CAROLY S., WEILL-FASSINA A., 2004. « Évolutions des régulations de situations critiques au cours de la vie professionnelle dans les relations de service », *Le travail humain* 67 (4), p. 305-332.

- 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), p. 85-98.
- CAROLY S. 2011. « Activité collective et réélaboration des règles comme ressources pour la santé psychique : le cas de la police nationale », *Le travail humain* 74 (4), p.365-389.
- CHAUMET-RIFFAUD C., 2002. *Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, Paris, Papyrus.
- CLÉMENT S., LAVOIE J-P., 2005. *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Paris, Erès.
- CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2007. *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées*, Paris, Erès.
- DARES, 2011. *Les familles professionnelles. Portraits statistiques 1982-2009*, Paris, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social - France.
- DE BANDT J., DEJOURS C., DUBAR C., 1995. *La France malade du travail*, Paris, Bayard.
- DEJOURS C., 2009. « Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité » in JOUAN M., LAUGIER S. (dir.), *Comment penser l'autonomie? Entre compétences et dépendances*, Paris, PUF, p. 291-313.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2011. *Données de la synthèse annuelle des données sociales hospitalières, année 2008*, Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
- DIVAY S., 2010. « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l' « absentéisme » dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines* 77 (1), p. 87-110.
- DONIOL-SHAW G., 2009. « L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes », *Travailler* 22 (2), p. 27-42.
- DUBÉ M., GAGNON G., ST-PIERRE J., 2003. « Formation des préposés aux bénéficiaires », *Vie et vieillissement* 2 (3), p. 27-31.
- ESTRYN-BEHAR M. *et al.*, 2011. « Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie », *@ctivités* 8 (1), p. 77-103.
- FONER N., 1993. « Work Culture in the Nursing Home: Adaptation and Resistance among Nursing Aides », *Frontiers* 15 (1), p.44-67.
- GAUTHIER H., GAYMU J., 2003. « Le vieillissement démographique », *Gérontologie et société* 107 (4), p. 13-31.
- GLASER B.-G., STRAUSS A-L., 1967. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago, Aldine.
- GRENIER N., 2008. *Portrait de la main d'œuvre Préposés aux bénéficiaires*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- HUGHES E-C., 1996. *Le regard sociologique*, Paris, EHESS.
- INGWILLER S., MOLINIER P., 2010. « On ne va pas prendre les patients en otage... Souffrance éthique et distorsion de la communication dans un service de nuit en gérontologie », *Travailler* 23 (1), p. 59-75.
- JASSERON C., ESTRYN-BEHAR M., *et al.*, 2006. « Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante », *Recherche en soins infirmiers* 85, p. 46-64.
- LITIM M., KOSTULSKI K. 2006. « Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie », *Nouvelle revue de psychosociologie* 1 (1), p. 45-54.
- MARCHÉ-PAILLÉ A., 2010. « Le dégoût dans le travail d'assistance aux soins personnels, s'en défendre mais pas trop », *Travailler* 24 (2), p. 35-54.
- MÉHAUT P., ARBORIO A-M. *et al.* 2009. « De bons emplois, un travail rude : quel modèle d'emploi pour les aides-soignantes et les femmes de chambres des hôpitaux ? » in CAROU E., GAUTIÉ J. (dir.), *Bas salaires et qualité de l'emploi : l'exception française ?*, Paris, Rue d'Ulm, p. 211-267.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, 2003. Un milieu de vie de qualité pour les personnes âgées en CHSLD. Orientations ministérielles, Québec, Gouvernement du Québec [PDF]
- MOLINIER P., 2005. « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », *Raisons pratiques. "Le souci des autres", Ethique et politique du Care*, EHESS, Paris, p. 299-316.

- MOLINIER P., 2009. « Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière » in Jouan M., Laugier S. (dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, Paris, PUF, p. 433-458.
- MOLINIER P., 2010a. « Désirs singuliers et concernement collectif : le care au travail » in NUROCK V. (dir.), *Carol Gillian et l'éthique du care*, Paris, PUF, p. 105-119.
- MOLINIER P., 2010b. « Apprendre des aides-soignantes », *Gérontologie et société* 133 (2), p. 133-144.
- STROOBANTS M., 2007. « La fabrication des compétences, un processus par l'aval ? », *Formation Emploi* 99, p. 89-94.
- TUGORES F., 2005. « Les EHPA pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel ». *Études et résultats – Drees* 379.
- YEATTS D., CREADY C, *et. al.* 2004. « Self-Managed work teams in Nursing Homes: Implementing and Empowering Nurse Aide Teams », *The Gerontologist* 44 (2), p. 256-261.

Notes

- 1 Au Québec, les aides-soignantes se nomment « préposés aux bénéficiaires ». Nous utiliserons au fil de l'article le terme aide-soignante pour identifier les acteurs de deux contextes. De plus, nous féminisons le terme aide-soignante, puisque les membres de ce métier sont à 80 % des femmes au Québec (Grenier, 2008) et 90 % en France (Tugores, 2005).
- 2 Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail, Québec – Document interne.
- 3 Nous utilisons des propos issus de ces entretiens dans cet article pour illustrer nos analyses. Pour des raisons éthiques, nous avons gardé l'anonymat du participant. Seuls les années d'ancienneté et l'âge des participants sont révélés.
- 4 Les élèves aides-soignantes, françaises et québécoises, doivent en effet suivre durant leur formation des périodes de stages dans différents milieux : gériatrie, mais aussi psychiatrie, hôpital, etc.
- 5 Ce lexique est précisément utilisé par les aides-soignantes elles-mêmes dans les deux contextes.

Pour citer cet article

Référence électronique

François Aubry, « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante », *Temporalités* [En ligne], 16 | 2012, mis en ligne le 13 décembre 2012, consulté le 13 décembre 2012. URL : <http://temporalites.revues.org/2237>

À propos de l'auteur

François Aubry

Institut de recherche en santé et sécurité du travail (IRSST), Montréal
 Francois.aubry@irsst.qc.ca

Droits d'auteur

© Temporalités

Résumés

À partir d'une étude qualitative comparée en France et au Québec, nous montrons dans cet article que la phase d'intégration des nouvelles recrues aides-soignantes dans les organisations gériatriques françaises et québécoises est une phase complexe d'expérimentation du métier, où elles intègrent des normes collectives de rythmes de travail. Le collectif de travail, par la voix d'une « ancienne », juge de la capacité des nouvelles recrues à respecter ces rythmes et transmet des stratégies de régulation créées localement et indispensables pour répondre aux prescriptions contradictoires. La situation actuelle d'intensification du travail vécue dans

les organisations gériatriques françaises et québécoises conduit néanmoins à une fragilisation dangereuse des collectifs, voire à une individualisation du rapport aux enjeux organisationnels. Une telle individualisation peut conduire les nouvelles recrues à subir une souffrance éthique consécutive au fait d'accomplir des actes moralement condamnables pour parvenir à respecter les normes temporelles.

The conflicting paces of nurse's aides. Consequences on health of conflicting temporal paces in France and Quebec

Based on a comparative and qualitative study conducted in France and Quebec, this paper shows that the integration phase of the newly-recruited nurse's aides in geriatric organizations is a complex test of experimentation of a job full of collective norms of paces of work. The collective labor, through the voice of « elder » nurse's aides, judges the ability of the new recruits to respect these paces and transmits locally created control strategies in order to respect the conflicting guidelines. However, the current situation of work intensification experienced in geriatric organizations in France and Quebec led to a dangerous weakening of the work collective or even to an individualized relationship to organizational issues. Such individualization may lead new recruits to ethical suffering because of the shortcuts they need to take in order to respect temporal norms.

Ritmos contradictorios del auxiliar de enfermería. Consecuencias en la salud a partir de los casos de Francia y Quebec

Partiendo de un estudio cualitativo comparativo en Francia y Quebec, en este artículo mostramos que la fase de integración de nuevas auxiliares de enfermería en las organizaciones geriátricas francesas y quebequesas es una fase compleja de experimentación del oficio, en la que se integran nuevas normas colectivas de ritmos de trabajo. El colectivo de trabajo, a través de una « veterana », juzga la capacidad de las neófitas en respetar los ritmos, y transmite las estrategias de regulación creadas localmente. Dichas estrategias son indispensables para responder a los preceptos contradictorios de la organización. Sin embargo, la actual situación de intensificación del trabajo que se vive en los geriátricos franceses y quebequeses conduce a un peligroso debilitamiento de los colectivos, e incluso a una individualización de la relación que se establece con los desafíos organizativos. Esta individualización puede conducir a las nuevas auxiliares de enfermería, que realizan actos moralmente condenables en pos del respeto a las normas temporales, a padecer un sufrimiento ético.

Entrées d'index

Index de mots-clés : sociologie, travail, santé, aides-soignantes, EHPAD, CHSLD, rythmes de travail, collectif de travail, stratégie, souffrance éthique

Index by keyword : work sociology, health, nurse's aides, EHPAD, CHSLD, control strategy, ethical suffering

Índice de palabras clave : sociología, trabajo, salud, auxiliares de enfermería, EHPAD, CHSLD (Establecimientos de larga estada para adultos mayores-ELEAM), ritmos de trabajo, colectivo de trabajo, estrategia, sufrimiento ético