

UNIVERSITE PARIS VIII – VINCENNE-SAINT-DENIS

THESE

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN SOCIOLOGIE**

présentée par

**Lise CAUSSE**

**La professionnalité des aides-soignantes en maison de retraite :  
entre subjectivité et réification.**

**Soutenue le 18 Octobre 2004**

\_\_\_\_\_

**Directeur de thèse : Monsieur Pierre Cours-Salies**

\_\_\_\_\_

**Membres du jury :**

**Monsieur Vincent de Gaulejac  
Monsieur Michel Joubert  
Madame Liane Mozère  
Monsieur Pierre Roche**

Je remercie Monsieur Pierre Cours-Salies d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Je remercie l'ancienne direction du Céreq, Monsieur Vincent Merle directeur et Monsieur Philippe Méhaut directeur adjoint de m'avoir donné la possibilité de conduire cette recherche au sein de l'établissement dans le cadre d'un co-investissement. Je remercie également l'actuelle direction, Monsieur Hugues Bertrand directeur et Monsieur José Rose directeur adjoint, de m'avoir permis de la terminer dans de bonnes conditions.

Je remercie Monsieur Christophe Guitton chef de département au Céreq pour m'avoir soutenu tout au long de ce travail et m'avoir aménagé des espaces de travail favorables pour mener à bien cette recherche.

Je remercie : Nathalie Leroux, Christine Maouad, Marie-Laure Peyremorte, Danielle Roualdes, Magali Thevenot pour leurs collaborations aux différents stades de la thèse.

Je remercie tous les acteurs des maisons de retraite rencontrés pour leur accueil et leur disponibilité. Je rends un chaleureux hommage à toutes celles qui m'ont confié leur histoire que je ne peux nommer ici pour des raisons de confidentialité.

Je remercie Pierre Roche pour son accompagnement précieux dans le champ de la sociologie clinique.

Enfin, à mon fidèle lecteur et relecteur qui m'a toujours soutenu et s'est occupé des enfants quand il le fallait pour me permettre d'écrire cette recherche, merci.

<b>AVANT PROPOS.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
La position du chercheur en sociologie clinique et son déplacement.....	23
Présentation synthétique du travail d'investigation.....	36
<b>PREMIERE PARTIE.....</b>	<b>40</b>
<b>LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN MAISONS DE RETRAITE MEDICALISEES.....</b>	<b>40</b>
<b>Les conditions préalables à l'enfermement : le déni du vieillard.....</b>	<b>43</b>
La construction sociale de la vieillesse à la fin du XX <sup>e</sup> siècle.....	43
Du vieillard indigent à la personne âgée, bref détour historique.....	47
La mise en place d'un modèle « assistantiel curatif » et l'émergence des personnes âgées dites « dépendantes ».....	52
La médicalisation des institutions d'hébergement pour personnes âgées au travers des évolutions récentes des maisons de retraite.....	55
<b>Après l'hospice, les nouveaux modèles de prise en charge des personnes en maisons de retraite.....</b>	<b>62</b>
Le modèle de service de type hôtelier.....	62
Une relation aux personnes âgées moins familière, plus distante.....	63
L'individualisation des services et l'intensification du travail.....	64
Les nouvelles formes de rationalisation du travail.....	70
L'individualisation des services et l'enfermement des « résidents ».....	73
La priorité au paraître.....	73
Des adaptations secondaires des pensionnaires.....	77
Une qualité de service conditionnée par l'économique.....	79
Le renforcement du modèle hospitalier au sein des maisons de retraite médicalisées.....	81
La situation des pensionnaires valides, l'envers du décor.....	83
L'animation comme modèle d'intégration sociale et la notion de soutien social individualisé.....	87
La difficile acceptation du travail d'animation sociale par les aides-soignantes.....	89
Les risques d'une animation occupationnelle et désobjectivante.....	91
La prise en compte de la souffrance individuelle et l'accompagnement à la mort.....	95
La cohabitation de logiques compréhensives et instrumentales en maison de retraite.....	99

**DEUXIEME PARTIE..... 101**

**LE FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL, LA MISE EN ŒUVRE D'UN  
PROCESSUS DE REIFICATION..... 101**

**Un outil de classification en adéquation avec une gestion fonctionnaliste de l'espace gérontologique :**

**A.G.G.I.R. (Autonomie gérontologie-groupes iso-ressources) ..... 104**

Un outil de mesure de la dépendance ? ..... 104

Un outil de mesure équitable ? ..... 107

AGGIR et la classification des pensionnaires en maison de retraite ..... 108

L'organisation rationalisante de l'espace institutionnel, l'assignation spatiale des personnes âgées. .... 110

**L'assujettissement des êtres, la domestication des corps..... 115**

Le dépouillement ..... 115

Les différentes formes de l'assignation ..... 119

L'infantilisation des personnes âgées ..... 119

Parler de la personne âgée en sa présence à la troisième personne ..... 120

La priorité donnée aux besoins physiologiques des corps ..... 122

La déssexualisation des vieux ..... 122

La maison de retraite, mère nourricière ? ..... 126

Les pratiques hygiénistes et médicales ..... 132

Les jeux et les enjeux autour de la prise de médicament. .... 132

Le casse-tête des toilettes quotidiennes ..... 136

**L'impossible quête du pensionnaire idéal. .... 146**

Les limites du « bon pensionnaire » soumis et reclus ..... 147

**Le fonctionnement institutionnel, la mise en œuvre d'un processus de surveillance partagée..... 153**

**Le temps qui ne passe pas..... 153**

**Le rétrécissement de l'espace et l'état de claustration ..... 158**

**Les procédures de surveillance et de contrôle ..... 162**

Le traitement des fugues et des chutes ..... 162

La référence aux schémas panoptiques. .... 167

Les inspections surprises et la confiscation des clefs. .... 172

Les pratiques offensives d'enfermement, la mise sous contention des pensionnaires. .... 175

**Le prolongement du système de surveillance s'étend au personnel d'exécution. .... 180**

Les inspections surprises ..... 180

L'accusation de vol et l'éclatement du collectif de travail ..... 182

Les différentes formes d'assujettissement au travail .....	187
Les aides-soignantes, condamnées à la proximité .....	191
<b>Les dimensions subjectives du travail d'aide-soignante .....</b>	<b>194</b>
Les aides-soignante au service d'une injonction malade de transparence et de propreté .....	194
La confrontation aux souillures et déjections .....	197
La peur des « gardiennes » et les mécanismes de contre-transfert .....	204
Les réactions des aides-soignantes face aux cris des personnes âgées .....	207
La violence spectaculaire et la violence discrète .....	211
La fuite du réel dans l'imaginaire .....	214
 <b>TROISIEME PARTIE.....</b>	<b>217</b>
 <b>L'EXPLORATION DE LA PROFESSIONNALITE DES AIDES-SOIGNANTES DIPLOMEES OU FAISANT FONCTION EN MILIEU GERONTOLOGIQUE AU TRAVERS DE SIX RECITS DE VIE. ....</b>	<b>217</b>
 <b>Une présentation synthétique des récits de vie .....</b>	<b>222</b>
 <b>Anaïs Nissan, une aide-soignante au début de carrière brisée. ....</b>	<b>228</b>
Une salariée déterminée et motivée .....	228
Une orientation professionnelle choisie et un métier revendiqué .....	232
L'histoire d'un processus de désenchantement .....	235
Un manque de considération professionnelle et un sentiment d'humiliation collective .....	239
L'indifférence affichée à son état de santé, une blessure qui reste .....	240
L'intensité au travail et l'altération de la santé .....	242
Une courte mais éprouvante expérience de travail dans une clinique psychiatrique .....	243
L'intrusion du travail dans la sphère de la vie privée .....	245
Une triple rupture .....	247
 <b>Aline Gambini, une aide-soignante « faisant-fonction » en quête de reconnaissance professionnelle et personnelle. ....</b>	<b>249</b>
L'épreuve du déracinement et du racisme à l'école, des études scolaires délaissées .....	249
La découverte de l'univers hospitalier : une opportunité professionnelle .....	251
L'entrée en maison de retraite, entre dégoût et empathie .....	252
S'occuper des autres, une manière de mener sa vie .....	256
L'engagement affectif à l'épreuve des deuils .....	259
Des relations électives et sélectives .....	263
L'ambiguïté du don .....	267
Les limites d'un hyper-investissement professionnel et familial .....	268
Un apprentissage professionnel sur le tas .....	271

L'absence de perspective professionnelle, une source de précarité .....	274
Une quête de savoir et de connaissance.....	275
Le sens du social et un engagement dans le collectif .....	276
Une attitude professionnelle teintée de soumission et de dévouement .....	278
<b>Marie-Laure Orrizo, une salariée dévouée et précarisée.....</b>	<b>281</b>
Une vie dévouée aux autres dès l'enfance .....	281
Après l'enfermement domestique, la quête d'une émancipation professionnelle et personnelle. ....	288
Une salariée corvéable et adaptable à merci.....	291
La flexibilité salariale et l'absence de perspective professionnelle .....	294
Un rapport fusionnel aux personnes âgées. ....	295
Des relations agitées avec certains pensionnaires .....	299
L'usure psychique au travail au fil des ans .....	301
Les mécanismes de projection de sa vieillesse et de sa mort au contact des personnes âgées. ....	303
Une solidarité et proximité familiale qui aident à tenir dans le travail .....	305
<b>Irène Delamare, la tentation d'emprise d'une « technicienne » de soin.....</b>	<b>307</b>
Un attachement viscéral vis à vis de la maison de retraite des Abeilles.....	307
Après le départ du père, un nouvel épisode traumatisant : le blâme.....	311
Une recherche de protection dans l'engagement syndical.....	316
De la fusion à la confusion puis le désir d'une certaine distanciation. ....	317
La relation d'emprise envers les pensionnaires .....	320
Une technicienne du soin .....	324
Un sens aiguisé et tranchant de l'observation .....	327
Une confrontation difficile à l'agonie et à la mort, les limites de la technique médicale. ....	330
<b>Joséphine Roche, quand empathie et éthique de l'autre riment avec professionnalité. ....</b>	<b>334</b>
De l'usine à la maison de retraite, la volonté de quitter l'univers du travail ouvrier. ....	334
Un engagement humain et une exigence professionnelle qui dérangent les pairs .....	338
Joséphine Roche, au bord de la dépression. ....	342
Un souci de l'autre sans cesse renouvelé.....	344
La « psychologisation » des personnes âgées en établissement. ....	347
Un don de soi qui s'enracine dans l'enfance. ....	349
Une vie « bien remplie » qui aide à évacuer la charge mentale du travail.....	351
Un parcours professionnel qui témoigne d'une certaine réussite sociale. ....	355
<b>Simone Alazard, quand le dévouement conduit à l'hyperactivité soignante.....</b>	<b>357</b>
“ Une folle dingue du boulot ” .....	357
Des relations de travail parfois difficiles. ....	360
Une personne « ressource » pour les établissements de soins. ....	362
Les défis professionnels, sources de plaisir dans le travail.....	364
L'échec au concours d'entrée d'infirmière.....	365

La mise à distance des établissements de santé et un repositionnement professionnel .....	368
Une expérience d'employée de maison vécue comme une transition professionnelle réussie. ....	370
L'accueil familial, un choix professionnel mûri qui cohabite avec un engagement affectif démesuré. ....	371
L'histoire familiale : le poids déterminant du handicap et de la maladie dans l'enfance. ....	379
Une mère traumatisée et malade.....	380
Un père présent et absent à la fois. ....	382
Un couple parental vivant selon un modèle passionnel. ....	383
L'acceptation d'un frère handicapé .....	384
L'apprentissage sexué des rôles sociaux. ....	386
Le fil rouge du don de soi et des valeurs d'entraide familiale .....	388
Une « maîtresse femme » pilier de famille.....	390
 <b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	 <b>393</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE GENERALE.....</b>	 <b>405</b>
 <b>ANNEXE .....</b>	 <b>418</b>
 <b>La formation, le rôle et les missions de l'aide-soignant : quelques repères de base. ....</b>	 <b>419</b>

## Avant propos

Cette recherche est l'aboutissement de 10 ans d'analyse sur le travail de femmes qui sont au service des autres, dans une activité de soin<sup>1</sup> et de confort à la personne. Elles exercent une activité considérée comme peu qualifiée, sont payées à des taux de salaires horaires égaux ou proches du Smic horaire, en n'ayant pas toujours la possibilité d'être salariées à temps plein, notamment dans le travail de l'aide à domicile. Elles peuvent être amenées à faire des horaires atypiques, travailler la nuit comme garde-malade...

Censées exercer un travail d'exécution, elles ont des responsabilités de fait dans leurs activités quotidiennes non reconnues en droit. Elles souffrent d'une image de marque dépréciée alors que l'utilité sociale de leur activité n'est pas à démontrer. Elles s'occupent des personnes fragiles, les accompagnent, les aident, quels que soient leurs domaines d'activité. Elles sont sur le registre de l'éducatif, du soin ou de l'animation. Leur emploi porte les stigmates d'une division sexuelle du travail qui les met en position de dominées. Il est souvent fait référence aux fonctions ménagères ou maternelles dévolues traditionnellement aux femmes et aux « *qualités féminines* » pour les exercer.

La relation de service qui se noue avec le bénéficiaire porte, elle aussi, les traces de la domination sociale et sexuée. Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, ces intervenantes de proximité ont toujours comme figure emblématique de référence le service domestique, même si c'est pour s'en démarquer.

Dans la relation de domesticité, la nature des relations sociales entre l'employeur et la salariée<sup>2</sup> est complexe. Elle fait apparaître une relation dissymétrique quelque peu paradoxale, basée sur une grande proximité de vie, spatiale et temporelle, et sur une grande distance sociale d'avec son employeur. Décrivant, dans un précédent ouvrage<sup>3</sup>, la situation de l'employée de maison logée-nourrie, qui caractérise la domesticité fortement féminisée du début du XX<sup>e</sup> Siècle, nous faisons alors remarquer que : « *l'investissement psychique que ce travail implique (...) forme de don de soi qui peut aboutir à une aliénation (...) L'employée*

---

<sup>1</sup> Au sens de l'expression anglaise « care » c'est à dire, prendre soin, avoir le soucis de l'autre.

<sup>2</sup> Le plus fréquemment des femmes.

<sup>3</sup> Cf. L. Causse, C. Fournier, C. Labruyère, 1998.

*est un être assigné dont l'identité se dilue dans son travail. Elle est sans passé et sans avenir* ». Une vie consacrée aux autres qui implique une disponibilité totale de soi, sur la base d'une histoire personnelle et sociale caractérisée par la pauvreté et le déracinement, que ces femmes viennent d'un pays tiers<sup>4</sup> ou qu'elles soient des *immigrées de l'intérieur*<sup>5</sup>.

La démocratisation des services à domicile, ouverts à un plus large public d'employeurs, touchant les classes sociales moyennes supérieures a-t-elle changé la donne ? En regardant la situation des employées de maison, notamment dans l'activité de garde d'enfant, nous faisons apparaître alors que les relations de domesticité n'avaient pas disparu. L'affaiblissement de la distance sociale entre employeurs et employées a, d'une certaine manière, mis plus fortement à nu des rapports de subordination et d'exploitation. La contre-partie symbolique voire financière au fait d'occuper un emploi pour des personnes importantes et fortunées, qui pouvaient faire preuve, à l'occasion, de largesses ne joue plus guère aujourd'hui.

Moins assujetties au bon vouloir des employeurs, disposant de temps personnels, la précarité professionnelle reste pourtant toujours d'actualité et les perspectives d'évolution des emplois à domicile demeurent quasi inexistantes. Le jeu de la mobilité sociale ne s'est guère ouvert et du côté du contenu du travail, l'assignation aux tâches domestiques socialement déconsidérées n'a pas décliné.

Les gardiennes d'enfants à domicile ne sont pas reconnues comme des professionnelles de la petite enfance, comme elles le sont, si elles exercent dans des structures spécialisées voire même à leur domicile. Il leur est demandé une plus grande polyvalence sur la base du modèle de délégation de la femme/mère qui gère à la fois sa maison et s'occupe de ses enfants. Si la nature des tâches et les degrés d'exigence ont pu évoluer - savoir entretenir l'argenterie ou nettoyer les cuivres ne sont plus guère à l'ordre du jour - les exigences en terme d'entretien et de nettoyage restent importantes. La hiérarchisation sociale qui traversait la domesticité des siècles antérieurs s'est largement dissoute dans la « bonne à tout faire » et c'est un certain prolongement de cette figure que nous retrouvons là. C'est un travail qui a comme point de départ la garde d'enfant, notamment lorsqu'il s'agit de s'occuper de tous petits, mais qui intègre de fait, l'entretien domestique, les tâches de cuisine, le repassage... Cela peut donner l'impression aux personnes qui l'exercent d'être des « salariées à tout faire » à moins qu'elles

---

<sup>4</sup> Cf : Fraisse, 1979 et les récents travaux de Liane Mozère sur les domestiques Philippines à Paris, 2002.

<sup>5</sup> Référence historique aux femmes Bretonnes se louant à de riches familles parisiennes.

ne s'identifient à la fonction de mère et/ou de ménagère. L'alternative est difficile, la notion de métier a du mal à émerger de ce type d'emploi.

Issues d'une autre histoire sociale, les fédérations d'aides à domicile issues des mouvements caritatifs et associatifs emploient des aides à domicile, appelées aujourd'hui auxiliaires de vie sociale (A.V.S.). Elles ont des fonctions peu différentes des employées de maison /gardiennes d'enfant. Pourtant au niveau des conditions d'emploi et de l'exercice de l'activité, les recoupements sont importants. Ces salariées se situent à mi-chemin entre les employées de maison et les techniciennes en intervention sociales et familiales (T.I.S.F.), appelées autrefois travailleuses familiales. Elles revendiquent leur appartenance au travail social. Attirées par le monde du soin comme par celui du travail social, assignées aux tâches ménagères dans le contenu de leur emploi, elles ont du mal à se projeter et affirmer une place dans la lutte pour les classements sociaux. C'est par la finalité d'emploi qu'elles cherchent à se démarquer, en investissant la dimension relationnelle de leur travail, comme peuvent le faire les aides-soignantes, alors que leur activité est souvent plus proche de celle des ASH en institution de soins. Elles souhaitent ainsi se démarquer du travail domestique qui occupe pourtant l'essentiel de leur temps, laissant dans l'ombre cette dimension relationnelle. Les auxiliaires de vie sociale revendiquent une certaine utilité sociale de leur travail, fondée sur une relation d'aide et de soin, au sens de prendre soin de l'autre, ce qui nous renvoie à la notion anglaise du « care ». Elles essaient ainsi de se forger une identité en se démarquant de celles des « femmes de ménage ».

Le fait de travailler auprès de personnes fragilisées de tous milieux sociaux, essentiellement des personnes âgées, a conduit les auxiliaires de vie sociale à expérimenter d'autres modalités de relations de services que celles de la domesticité ou du « travail indépendant » versus « femmes de ménage ». La « relation de dépendance »<sup>6</sup> au sein de laquelle l'intervenante est en situation de pourvoyance face aux situations de dépendance du bénéficiaire du service occupe le devant de la scène. Les relations ont ici aussi un caractère dissymétrique, elles sont potentiellement conflictuelles voire aliénantes.

---

<sup>6</sup> Décrite par Albert Memmi, (2003), comme « *l'expression de la réciprocité permanente dans le besoin de la majorité des membres d'un groupe* ». Son champ d'application est très large. La relation de dépendance peut être vue comme « *l'une des bases du lien social* », elle suppose au minimum un dépendant et un pourvoyeur. Les analyses qu'il décrit restent très pertinentes pour éclairer nombre de relations de services à la personne. Elles sont reprises en conclusion générale.

La demande d'aide de la personne dépendante va être croissante et elle s'accroîtra si celle-ci se sent de plus en plus fortement fragilisée et vulnérable. Elle projette dans la salariée, la réponse à sa dépendance. L'intervenante de son côté va pouvoir se trouver aliénée par la demande infinie de l'autre, devenir son otage. A un certain stade, le dépendant ne va plus discerner entre l'objet de la pourvoyance et le pourvoyeur, se comportant comme si les deux ne faisait plus qu'un. L'angoisse de la séparation s'accroît et fait écho à des sentiments de culpabilité du côté de l'intervenante. Elle ne se sent pas « d'abandonner » le dépendant, surtout s'il y a peu de relais familiaux ou professionnels derrière elle. Albert Memmi a montré que toute relation de dépendance est alimentée par des processus d'identification et de projection d'avec la fragilité de l'autre, qui renvoie aux peurs idiosyncrasiques de la séparation et de la mort, particulièrement réactivées dans des relations aux personnes âgées. La relation de dépendance se nourrit de sentiments de dette et d'angoisses existentielles enfouies en chacun de nous, elle est aussi construite socialement.

Pour ces femmes mises dans le rôle du pourvoyeur, nombre de compétences requises renvoient à des dispositions acquises dans l'enfance, facilitant leurs mises en oeuvre. La division sexuée des rôles sociaux se rejoue dans ces emplois.

Sur la base de contextes relationnels et de rapports sociaux différents, la relation de domesticité comme la relation de dépendance aboutissent, *in fine*, à faire ressortir des valeurs acquises chez ces femmes. Les valeurs de dévouement qui renvoient à celles de la responsabilité envers l'autre et à l'altruisme vont pouvoir verser dans l'abnégation. Ces valeurs sont incorporées dans les processus de socialisation primaires et secondaires qui assènent aux filles cette bonté oublieuse de soi-même et enseigne le sacrifice de soi. Ainsi se reproduisent des relations de domination qui peuvent expliquer, pour partie au moins, la perpétuation de la disqualification sociale et professionnelle de ces emplois d'aide et de soins.

Le rêve de nombre d'intervenantes à domicile est de quitter le domicile d'autrui, c'est à dire le lieu de l'autre, pour aller « travailler à l'extérieur », afin d'exercer un « vrai travail ». Elles n'ont pas nécessairement le désir de changer diamétralement d'activité. Quelques unes, essentiellement des employées de maison, se projettent dans d'autres emplois, comme le secrétariat ou plus globalement les emplois administratifs. La dimension d'aide et de soin vécue comme une source de plaisir et de mise en responsabilité, donne sens à leur engagement et n'est pas remis en cause. Elles souhaitent souvent exercer un travail similaire dans un hôpital, une crèche, une maison de retraite, une école... Pour nombre de ces

intervenantes à domicile, la structure représente un lieu d'insertion professionnelle, synonyme d'une plus grande stabilité d'emploi, d'une unicité de lieu d'intervention, d'un travail mensualisé pouvant faire l'objet d'un temps plein et de nouvelles sociabilités professionnelles.

Nous nous sommes saisies de ces résultats d'enquête pour approfondir et prolonger ce que nous avons vu à l'œuvre chez des aides à domicile intervenant auprès de personnes âgées. Nous avons voulu voir ce que la nature des relations et la professionnalité devaient au contexte professionnel en établissement. C'est dans cet esprit forte de ces réflexions et préoccupations que nous nous sommes engagées dans ce travail de recherche.

## Introduction

Notre point de départ est une précédente enquête<sup>7</sup> qui montrait le désir des auxiliaires de vie sociale de quitter le domicile comme lieu d'exercice du travail. Notre objectif était d'interroger les modes de constructions professionnelles des femmes exerçant des activités similaires ou approchantes en institution. Souhaitant approfondir la relation de dépendance, peu étudiée au sein des sciences sociales, nous avons choisi les institutions gérontologiques comme lieu d'observation.

Avant d'aller plus loin dans la présentation de notre objet, il est nécessaire de préciser que notre travail s'inscrit dans une perspective de sociologie clinique<sup>8</sup>. Celle-ci privilégie une démarche inductive plutôt qu'hypothético-déductive. Une des préoccupations fortes de la sociologie clinique est de ne pas trop assujettir les données empiriques aux hypothèses de recherche, pour pouvoir plutôt se positionner d'emblée au niveau des préoccupations des individus et des groupes.

Nous avons fait une enquête approfondie d'une année dans une maison de retraite publique et une maison de retraite privée à visée lucrative, de tailles moyennes<sup>9</sup>. Ce changement de décor nous a conduit à analyser le travail de ces femmes salariées s'occupant des personnes âgées et les relations qu'elles tissent avec elles dans ce qui est un espace de travail pour les uns et un espace de vie pour les autres. L'ensemble se déroule dans un lieu qui n'appartient ni aux uns ni aux autres, qui est hiérarchisé et organisé selon des règles de vie collective et des normes de travail.

Il nous fallait ensuite déterminer la catégorie professionnelle que nous allions étudier. L'idée était de partir d'un métier approchant l'activité des auxiliaires de vie sociale. Si l'on s'en tenait au contenu strict des tâches, ce sont avec les agents de service s'occupant de l'entretien des chambres des personnes-âgée et espaces communs des structures gérontologiques que

---

<sup>7</sup> Cf. L. Causse, C. Fournier, C. Labruyère, 1998.

<sup>8</sup> Cf. Enriquez, 1993.

<sup>9</sup> Sans être dans une perspective de travail comparatif, cette différence de statut nous a conduit à mettre en perspective des résultats de notre recherche. Cela nous a permis, par exemple, de mieux distinguer les différents modèles de service et de nous rendre compte, in fine, que même dans la maison de retraite publique étudiée où la question de l'intensité du travail est moins forte, où une politique de formation conséquente existe, les processus de réification des personnes âgées se rencontraient et les questions d'usure professionnelle se posaient.

nous avons le plus fort recouplement. Pourtant, compte-tenu de la division sociale du travail et de l'histoire des catégories professionnelles non médicales en France, notre regard se tournera vers un autre groupe professionnel, celui des aides-soignantes. Notons dès à présent que, dans les deux cas, nous étions toujours dans des emplois majoritairement occupés par des femmes.

Notre point d'entrée dans cette recherche n'a pas été de réaliser une étude sur le travail domestique et/ou soignant comme traduction d'un rapport social de genre<sup>10</sup>. Pour autant ce rapport social imprègne la manière de vivre et de s'appropriier le travail, nous le montrerons notamment dans les récits de vie de ces salariées en dernière partie.

Centrées sur les tâches d'hygiène et de confort à la personne, les aides-soignantes<sup>11</sup> sont à la frontière du soin, plus proches du « care » (prendre-soin) que du « cure » (soigner), comme les auxiliaires de vie sociale. Leur travail semble s'être inscrit dans un processus de délégation en chaîne des actes les moins nobles et les plus routiniers, des médecins aux infirmières puis des infirmières aux aides-soignantes à la faveur des évolutions techniques médicales et de la structuration de l'Hôpital<sup>12</sup>. Elles appartiennent à la filière soignante mais sont situées au bas de ladite filière, dans une posture d'aide (soignante), un terme qui dans l'univers des rapports sociaux et sexués du travail, équivaut à occuper une position de dominée. Elles se sentent souvent plus proches des agents de services que des infirmières au diplôme difficilement accessible pour la majorité d'entre elles. Elles se distinguent des agents de service par le fait qu'elles s'inscrivent dans la hiérarchie des emplois « paramédicaux ». Elles n'appartiennent pas à la famille des services généraux ou techniques qui peuvent faire l'objet parfois de sous-traitance dans les institutions médicales ou médico-sociales. Pour autant, les aides-soignantes occupent une position sociale de laquelle elles retirent peu de prestige social. De ce point de vue, elles partagent avec les emplois de l'aide à domicile précédemment étudiés, le sentiment de faire un travail dévalorisé mais utile.

Les aides-soignantes assurent une fonction d'assistance et de soulagement des malades, de garde et de confort de vie. Dans les faits, ce sont les tâches d'hygiène corporelles, comme la toilette, le nursing, qui occupent fortement leur temps. Elles assurent les « besoins

---

<sup>10</sup> Nous parlons de rapport sociaux de genre plutôt que de rapports sociaux de sexe pour éviter toutes interprétations biologisantes des différences entre des pratiques sociales féminines et masculines.

<sup>11</sup> Ce sont quasi-exclusivement des femmes, c'est la raison pour laquelle nous employons systématiquement le féminin.

<sup>12</sup> Cf. Leroux-Hugon, 1987.

physiologiques »<sup>13</sup> des personnes et en complément de ce travail, peuvent faire quelques tâches de petit entretien, selon les lieux et les organisations du travail<sup>14</sup>. Une certaine polyvalence est ainsi requise mais le point de départ de l'organisation de l'activité reste celui de la personne, ce qui les distingue, en principe au moins, des agents de service<sup>15</sup>. Statutairement aucune autonomie ne leur est reconnue, elles exercent sous l'autorité des infirmières et tout acte médical leur est interdit. Elles sont identifiées à du personnel d'exécution et effectuent les tâches les plus ingrates, ce qui fait dire à Anne-Marie Arborio<sup>16</sup>, s'inspirant de l'analyse de Hugues<sup>17</sup>, qu'elles sont dans le « dirty-work absolu ». Dans le langage cru qui caractérise la manière dont les personnels de soins se parlent souvent entre eux, une aide-soignante nous relate sa manière de voir son travail et celui des agents de service en maison de retraite : « *vous, vous nettoyez les cabinets et nous on nettoie les culs* ». Les aides-soignantes sont en contact direct avec les personnes, dans des rapports d'intimité physique pouvant être vécu comme intrusif et source de violence par les individus.

Compte-tenu de la proximité professionnelle avec les agents de service et de l'interdépendance des activités des unes avec les autres, nous avons cherché à rencontrer des aides-soignantes qui, avaient exercé la fonction d'agent de service avant d'occuper un poste d'aide-soignant<sup>18</sup>. Nous avons aussi rencontré, mais de manière plus marginale, des agents de service et des infirmières, au cours de notre investigation, pour mieux situer l'emploi d'aide-soignante aux contours d'activités souvent flous et fluctuants dans la division sociale au sein des établissements de soin.

Anciennes « servantes » de l'hôpital des siècles passés, venant de milieux populaires les plus pauvres, les aides-soignantes émergent tardivement en tant que corps constitué au milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Cela témoigne d'une spécialisation des emplois au sein du monde hospitalier, d'une re-division récente des rôles et tâches entre le médecin et l'infirmière sur fond de pénurie de personnel. Anne-Marie Arborio nous le rappelle et montre que la construction du

---

<sup>13</sup> Reprise d'une vision de l'homme centrée sur la notion de besoins qui découpe l'être humain selon une hiérarchie de valeurs pyramidales. Les besoins physiologiques sont mis à la base et les besoins d'autonomie et d'accomplissement de soi au sommet. Ce découpage fait l'impasse sur la notion de désir. C'est une conception dont A. Maslow s'est fait le représentant et qui a toujours cours dans le milieu soignant. Cf. Crépet, 1998, p. 57.

<sup>14</sup> Cf. Annexe : « la formation, le rôle et les missions de l'aide-soignant : quelques repères de base ».

<sup>15</sup> Elles constituent une figure sociale importante qu'on pourrait identifier par analogie à des « *OS du relationnel* ». Cf. Pierre Veltz, 2000, cité par Olivier Schwartz, 2002, p 8.

<sup>16</sup> Cf. Arborio, 2001, pp 124-125.

<sup>17</sup> Cf. Hugues, 1996.

<sup>18</sup> Nous avons aussi interrogé des aides-soignantes faisant fonction.

titre avait au départ pour objet de fidéliser le personnel qualifié, de donner une opportunité de promotion à des personnes s'occupant de malades et ce, dans un contexte de pénurie de personnel. Il s'agissait avant tout d'améliorer le statut des personnels sur site, « *la mise en place d'une formation qualifiante n'intervient que sept ans après la création du grade* »<sup>19</sup> en 1956. Cela n'a pas eu pour effet d'arrêter la diversité de recrutement et l'on retrouve encore aujourd'hui aux postes d'aide-soignant, des faisant fonction et des diplômés, sans avoir la possibilité d'identifier d'un point de vue statistique le poids respectif des unes par rapport aux autres. En tout cas en institution gérontologique, nous découvrirons qu'elles sont encore assez nombreuses. Présentant que ces différents positionnements n'étaient pas sans effet sur les individus, nous avons pris soin de bien identifier les faisant fonctions des diplômées au cours de nos investigations. Les perspectives d'évolution professionnelle et de mobilité géographique sont sensiblement différentes selon les cas.

Une fois défini notre terrain et le groupe professionnel étudié, nous pouvions commencer notre recherche. Nous souhaitons analyser la professionnalité des aides-soignantes au sein des établissements d'hébergement gérontologique<sup>20</sup>. Notre attitude n'a pas consisté à nous demander si les aides-soignantes en institution gérontologique constituaient un groupe homogène. Même s'il y a de l'hétérogénéité, force est de constater que ces femmes salariées partagent les mêmes types de tâches et un même positionnement au sein d'une division sociale et technique du travail. De ce fait, elles participent d'une histoire commune, au-delà des différences individuelles de parcours et de statut. Cette histoire est-elle différente de celle qui se joue dans d'autres institutions comme l'hôpital ? Nous n'avons pas cherché à répondre directement à cette question. Nous avons toutefois dû la prendre en compte au travers des classements symboliques qui définissent les "bons" des "moins bons" services. Les structures d'hébergement de longs séjours pour personnes âgées, font partie de celles qui sont dévalorisées pour les personnels soignants, aides-soignants comme infirmiers.

La professionnalité des salariées ne peut simplement se décomposer en liste de savoir-faire et de compétences, ni se réduire à l'analyse de la relation soignant/soigné. Elle a à voir avec la division sociale du travail et le fonctionnement organisationnel dans les lieux où elles

---

<sup>19</sup> Cf. A-M Arborio, 2001, p 39.

<sup>20</sup> Par l'analyse de la professionnalité, nous entendons un examen de l'activité de travail produite par l'homme. Nous aurons soin de rattacher son exercice aux valeurs de ceux et celles qui les mettent en oeuvre. Comme le rappelle Y. Clot « *efficacité du geste et sens de l'activité sont inséparables* », in « style et développement de la compétence », article à paraître. Chacun des gestes, chacune des actions sont pétris de sens.

s'exercent. L'analyse de la professionnalité dans une démarche inductive de type clinique nous conduira à diversifier notre approche méthodologique. De fait nous devons emprunter des chemins différents de ceux que nous pensions initialement prendre<sup>21</sup> pour comprendre les actes et manières de faire le travail, pour être dans une meilleure compréhension de l'autre et du groupe. Le terme de professionnalité que nous employons est une notion problème que nous définirions aujourd'hui comme un espace de confrontation entre des valeurs dont est porteur l'individu du fait de son histoire et des valeurs partagées par un groupe de référence dans le cadre d'une structure sociale hiérarchisée. Ces valeurs sont intégrées et par conséquent présentes dans les gestes, actions, modes opératoires des travailleurs. Elles se déclinent toujours de manière singulière, même lorsqu'elles s'élaborent, s'intègrent dans un collectif de travail.

Cette entrée par la professionnalité, ne se confond pas avec une analyse sur la professionnalisation d'un groupe professionnel. Nous ne nous positionnons pas dans un débat traitant du passage d'une " occupation " à une " profession " au sens anglo-saxon du terme. La professionnalisation est un processus par lequel un groupe social exerçant un même type d'activité tend à s'organiser pour obtenir une reconnaissance professionnelle dans un espace professionnel légitime. Si ces analyses et critères retenus dans la théorie fonctionnaliste<sup>22</sup> peuvent être pertinents pour étudier des professions établies, « libérales et savantes » comme les médecins ou les architectes, cela est moins vrai dès que l'on s'occupe des « semi-professions » comme les enseignants ou les travailleurs sociaux et encore moins pour les métiers situés au bas de l'échelle sociale des « professions », comme le sont les aides-soignantes. Toutefois, chemin faisant, lorsque nous rencontrerons des éléments faisant référence à une possible construction d'un espace professionnel légitime, nous l'indiquerons<sup>23</sup> et ce même si les processus qui s'expriment le sont de manière embryonnaire. Nous avons été témoin des enjeux qui traversent cet emploi dans le cadre de nos travaux menés au Céreq où nous travaillions. Nous allons en faire une rapide présentation.

En 2000, nous avons été interpellées par un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) pour construire un référentiel de compétences concernant les personnels d'établissement

---

<sup>21</sup> Cela aura des effets sur la méthode, en faisant un travail d'observation participante de nature anthropologique, comme en terme de champ, en faisant un détour par l'analyse du fonctionnement institutionnel des maisons de retraite. Cela nous apparaîtra essentiel pour être pleinement dans la compréhension de l'activité de travail.

<sup>22</sup> Cf. Parsons in Dubar, 1992, pp 138-141.

<sup>23</sup> Cf. Troisième partie les récits de vie et le positionnement des aides-soignantes par rapport aux positions de représentativité du groupe.

d'hébergement de personnes âgées, notamment les non-diplômés, qui devait servir ultérieurement de support à l'élaboration d'un référentiel de certification. Le projet n'aboutira pas. Les raisons de cet échec éclairent les enjeux qui touchent à la difficile professionnalisation de ces métiers du soin tenus par des femmes. Nous avons du faire face à de fortes réticences de la part des partenaires sociaux membres de la Commission Paritaire Nationale pour l'Emploi (CPNE) comme des services du ministère des Affaires Sociales. Le souci du ministère est de garder la maîtrise de son offre de formation en évitant que ne se créent des formations trop spécifiques cantonnées à un secteur précis, dans le cas présent, celui des personnes âgées. La crainte est que se mettent en place des diplômés concurrents à celui des aides-soignantes qui offrent, il faut le reconnaître, une importante mobilité dans le secteur médical et médico-social. L'enjeu est, aussi, ne pas perturber les niveaux de sortie des formations diplômantes, pour ne pas risquer de modifier l'ordre de classement des emplois existants. Introduire un diplôme pourrait amener à revoir l'ensemble de la filière formative ainsi que la structure des emplois et re-qualifier les emplois d'aides-soignantes vers un niveau supérieur, le niveau IV<sup>24</sup>, équivalent baccalauréat. En cascade, cela obligerait à revoir le niveau de sortie des infirmier(e)s diplômé(e)s. Si leur formation était reconnue à un niveau III, cela les positionnerait en catégorie A. Ce qui reviendrait à leur attribuer le statut de « cadre » dans la Fonction Publique Hospitalière et amènerait à revaloriser leurs salaires en conséquence. Des revendications que la profession a fait entendre en vain ou presque à la fin des années quatre-vingt lors d'un mouvement de grève générale<sup>25</sup>. Notre motivation à réaliser ce travail était d'ouvrir le débat sur la professionnalisation des faisant-fonction d'aides-soignantes au lieu de faire comme s'il n'avait pas lieu d'être parce que leur salaire est globalement aligné sur celui des aides-soignantes diplômées. L'enjeu est d'accéder à une réelle possibilité de reconnaissance diplômante<sup>26</sup> et d'ouvrir un espace de mobilité professionnelle qu'elles n'ont pas. Derrière cette question, il s'agit aussi de poser le débat sur le devenir de milliers de jeunes filles réussissant chaque année le BEP de l'éducation

---

<sup>24</sup> Il existe aujourd'hui un problème de cohérence dans l'organisation de la formation. Une grande partie des jeunes filles qui accèdent à la formation d'aide-soignante sont issues d'un BEP « carrières sanitaires et sociales », un diplôme de l'Education Nationale de niveau V. Lorsqu'elles réussissent le concours d'entrée à la formation d'aide-soignante, réputé difficile d'accès par le corps professoral, elles passent une année - payante - à l'issue de laquelle, si elles réussissent les examens de fin d'étude, le Ministère des Affaires Sociales leur donne le diplôme d'aide-soignant, un titre lui aussi de niveau V.

<sup>25</sup> Cf. Kergoat, 1990.

<sup>26</sup> Il faudra voir avec le recul si la mise en place de la validation des acquis de l'expérience modifie la donne. Elle devrait se mettre en place en 2005 pour les aides-soignantes.

nationale « carrières sanitaires et sociales »<sup>27</sup> qui n'intégreront pas toutes, le diplôme professionnel d'aide-soignant<sup>28</sup> (DPAS), et dont le diplôme n'est pas reconnu par le secteur.

Sans occulter ces questions de professionnalisation, nous avons centré ce travail de recherche sur l'analyse de la professionnalité des aides-soignantes en maison de retraite en essayant de resituer l'activité professionnelle dans sa complexité et son épaisseur concrète. Il nous faudra en passer par une connaissance de la relation aux personnes âgées dans les espaces qui leurs sont réservés pour mieux y accéder. Il nous est apparu essentiel au cours de l'investigation, pour comprendre les activités de travail et le vécu des personnels, de prendre en compte le sort des personnes âgées dans les établissements de soin en long séjour, même si cela ne constitue pas l'objet de notre recherche. Il ne s'agira pas de faire une histoire des institutions gériatriques, ni de mener une étude socio-économique du secteur des maisons de retraite, mais d'analyser les formes de rationalité qui les traversent et pénètrent la conduite des acteurs qui les fréquentent. Penser l'agir professionnel en partant des rationalités qui sont à l'œuvre, se rendre compte à quel point la construction professionnelle n'est pas indifférente du lieu d'exercice de l'activité. Le lieu est appréhendé ici comme un espace de projection et d'inscription des rapports sociaux, un espace d'investissement psychique des individus. Le concept de rapports sociaux englobe ici celui des rapports de genre<sup>29</sup>. L'analyse du secteur d'activité recoupe la question de « l'éternel féminin ». Nous verrons que si ces emplois de soins et de service sont déqualifiés, c'est aussi parce qu'ils sont occupés par des femmes. Leur assignation et leur professionnalisme permettent aux structures de tourner tant bien que mal, en situation globale de sous-effectif.

Ce détour nous fera découvrir les fonctionnements des établissements d'hébergement pour personnes âgées « dépendantes » en France, un terrain, peu fréquenté par les sociologues et peu médiatisé jusqu'à l'épisode dramatique de la canicule en 2003. C'est plus souvent au travers de l'analyse des politiques sociales de la vieillesse que la question de l'institution d'hébergement a pu être abordée ou, depuis la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle, grâce au développement d'une nouvelle discipline, la gérontologie sociale<sup>30</sup>. L'analyse des institutions

---

<sup>27</sup> 96 % des inscrits à cette formation sont des filles. L'effectif total était en 2000 de 18213 et de 19153 en 2003. Le taux de réussite à ce diplôme était de 87 % en 2003. Source Reflet-Céreq.

<sup>28</sup> Cf Annexe, voir les modalités d'accès à la formation d'aide-soignante. En 2000, les effectifs à la formation était de 12198 élèves. Source Desco-Céreq.

<sup>29</sup> Il s'agit de penser les rapports sociaux de genre dans la simultanéité des rapports sociaux. Cf. Kergoat, 1992.

<sup>30</sup> On y retrouve des chercheurs de différentes disciplines : sociologie de la santé, anthropologie, ergonomes, psychosociologues... et des praticiens, comme des médecins généralistes et spécialistes.

pour personnes âgées, leurs fonctions sociales, ne sont pourtant guère traitées<sup>31</sup>. Pourtant elles ont fait l'objet, dans les années soixante / soixante dix, en France, d'une attention soutenue au travers des travaux historiques et politiques sur le grand renfermement des populations indigentes et/ou menaçantes. Nous faisons référence notamment aux recherches de Robert Castel ou de Michel Foucault<sup>32</sup>, pour ne citer que les plus connus.

En gérontologie sociale, les études qui sont menées se déclinent le plus souvent sous la forme de recherches-actions, avec pour objectif de produire des propositions concrètes visant à améliorer les conditions de vie des personnes âgées, limiter la maltraitance, leur donner plus la parole... Ils partent d'un certain nombre de constats globaux sur l'absence de place faite aux vieux, le statut de la mort dans notre société, la médicalisation de la vieillesse, sans toutefois démontrer les mécanismes et logiques qui conduisent à de telles situations de relégation. Les travaux récents, comme celui de Bernard Ennuyer<sup>33</sup> faisant une critique argumentée de la construction d'une catégorie sociale des « dépendants », sont rares. Ils font écho à ceux plus anciens d'Anne-Marie Guillemard<sup>34</sup> sur la « construction sociale » de la vieillesse.

Quant à l'institution d'hébergement gérontologique, elle fait beaucoup moins parler d'elle que d'autres comme l'institution scolaire, l'institution hospitalière ou même la prison qui est pourtant le lieu de relégation par excellence. Le chercheur qui voudrait réactualiser les travaux menés par Goffman dans « *Asiles* »<sup>35</sup> concernant les institutions de l'enfermement, choisirait-il d'y insérer les établissements de longs séjours pour personnes âgées ? Il y a fort à parier que non. La disparition officielle des hospices pour vieillards<sup>36</sup> n'a pourtant pas permis de trouver une réponse socialement acceptable à l'hébergement des vieux en institution et la question de l'enfermement est toujours d'actualité.

Nous avons choisi d'aller étudier dans des établissements d'hébergement médicalisés pour personnes âgées qui sont aujourd'hui les plus nombreux et appelés à se développer. Notre choix a porté volontairement sur des espaces « modernes », des structures offrant des

---

<sup>31</sup> Cf. Benoit-lapierre, Cevaso, Zaphiropoulos, 1980.

<sup>32</sup> Cf. Castel, 1978 & Foucault, 1983.

<sup>33</sup> Bernard Ennuyer fait un travail de déconstruction de la notion, met en lumière des représentations de la vieillesse qu'elles supposent, montrent les jeux d'acteurs et les rapports de force qui conduisent à consacrer cette catégorisation sur laquelle s'appuient les politiques publiques pour légitimer leur action, prendre en charge les personnes âgées.

<sup>34</sup> Cf. Guillemard, 1986.

<sup>35</sup> Cf. Goffman, 1994.

<sup>36</sup> Cf. JO, 1975. La loi dite « loi sociale » du 30 juin.

conditions d'hébergement confortables, respectant les normes de sécurité en vigueur, situées dans une gamme de prix de journée moyenne pour des établissements du Sud-est de la France. Nous voulions éviter des lieux vétustes qui auraient pu paraître plus représentatifs des hospices d'hier que des structures actuelles. Le choix restreint des établissements<sup>37</sup>, l'un dans le public, l'autre dans le privé, s'explique par le fait que nous voulions conduire un travail d'enquête approfondie, par bien des aspects proche d'une investigation de type anthropologique. Cette manière de travailler est congruente avec une investigation de type clinique où le temps est une donnée de base pour permettre aux acteurs de passer de la méfiance à la confiance, pour faciliter les processus d'autorisation de la parole et permettre l'émergence d'un récit sur le vécu du travail qui s'éloigne d'un discours surfait ou trop idéalisé. La fonction du temps sera une donnée essentielle à notre travail, les mécanismes de « dits », « dédits », au fil des rencontres avec les aides-soignantes en témoignent. Savoir jouer avec le temps, nous a permis d'accéder à un niveau de connaissance supérieur de notre objet.

### Rappel de l'objet

L'objet de ce présent travail est une plongée dans l'univers des aides-soignantes qui ont en charge des personnes âgées en maison de retraite médicalisée. Elles occupent la fonction d'aide-soignante, même si elles n'en ont pas toujours le titre. Leur travail est varié et différent d'un lieu à l'autre mais le cœur de leur activité est centré sur des actes de soin, de confort et de garde des personnes âgées malades ou handicapées. Elles croisent d'autres métiers et peuvent participer avec les agents de services à des tâches de petits entretiens ou aider les infirmiers distribuant des médicaments sous leur autorité ou encore assurer des animations collectives. Elles sont relativement polyvalentes et autonomes même si elles sont en position de subordination vis-à-vis de l'ensemble de la hiérarchie soignante et médicale<sup>38</sup>. Elles constituent un personnel essentiel pour une institution gérontologique d'hébergement par leur nombre et la nature des tâches accomplies<sup>39</sup>. Elles sont dans un rapport de proximité et

---

<sup>37</sup> Nous n'avons pas étudié de structures appartenant à des grands groupes, mais la maison de retraite privée des Aves que nous avons étudiée, a un statut de société anonyme. La question du profit y est centrale mais jamais affichée publiquement par la direction.

<sup>38</sup> Elles n'ont théoriquement pas le droit d'exercer d'acte médical, même si dans les faits, les frontières avec les infirmiers(ières) ne sont pas toujours aussi tranchées.

<sup>39</sup> Les infirmiers(ières) sont beaucoup moins nombreux(eses), sauf lorsque les structures privilégient l'intervention d'infirmiers(ières) libérales, qui s'occupent des nursing et des toilettes. Cela devient moins fréquent aujourd'hui sauf dans les petits établissements.

d'intimité quotidienne avec les personnes âgées sur des temps plus importants que la majorité des autres intervenants professionnels.

### Plan de la thèse

Pour mener à bien une étude sur la professionnalité des aides-soignantes, il nous a fallu investir le lieu de leur travail et en passer par une analyse de l'institution d'hébergement pour personnes âgées. Un premier détour historique permettra de reprendre l'analyse sur la construction sociale de la catégorie « personnes âgées » et celle du « quatrième âge ». Cela facilitera la compréhension des enjeux actuels dans lesquelles sont pris les aides-soignantes dans leurs rapports quotidiens avec les personnes âgées. Nous appréhenderons ensuite le fonctionnement institutionnel des maisons de retraite à partir de la notion de « modèle de service », en dégagant les modèles et discours dominants aujourd'hui en France.

La deuxième partie de la recherche relate les mécanismes d'enfermement et d'assujettissement dont sont victimes les personnes âgées en maison de retraite ainsi que la force de retournement de ces mécanismes sur les personnels aides-soignants eux-mêmes.

Dans la troisième et dernière partie, nous aborderons la professionnalité des aides-soignantes au travers de récits de vie. C'est sous l'angle du vécu subjectif que nous étudierons l'activité de travail en regardant comment elle prend sens et comment chacune se l'approprié. Ces six récits de vie sont aussi une plongée dans l'univers d'un groupe professionnel. Ils permettent de pointer les contradictions objectives du travail, les mécanismes de défense et de résistance des aides-soignantes et de faire retour sur les analyses plus institutionnelles menées en deuxième partie.

### Remarques :

Les noms des lieux et des personnes sont inventés par souci de confidentialité.

Nous nous sommes autorisées à utiliser le genre féminin pour parler des personnels aides-soignants en général afin de rendre compte de cet univers professionnel et ce en dépit des règles grammaticales en usage.

Nous n'avons rencontré que des femmes exerçant cette activité dans les deux maisons de retraite où nous sommes allées enquêter à l'exception du personnel de nuit plus mixte.

## La position du chercheur en sociologie clinique et son déplacement<sup>40</sup>

Nous souhaiterions rendre compte de notre cheminement d'enquête et des ajustements successifs auxquels nous nous sommes livrées pour quitter un certain niveau de discours sur leur métier et rendre compte d'une parole plus engageante et plus concrète du travail vécu. Pour écrire ce sous-chapitre nous avons dû quitter l'usage du « nous » pour passer à un « je », choisissant d'écrire à la première personne du singulier pour donner à voir la dimension réflexive de notre posture de recherche.

Pour pénétrer l'espace du vécu des aides-soignants et rendre compte de leur professionnalité, je décidai d'utiliser une méthode reconnue en sociologie clinique, « *les entretiens répétés avec retour* » que j'avais déjà utilisée dans d'autres études, accompagnée par Pierre Roche qui me l'a fait connaître. Cette méthode, consiste à enregistrer les séances d'entretiens individuels ou collectifs pour en faire un retour écrit aux interlocuteurs. Le retour est une pièce maîtresse du dispositif, l'enjeu est de « *répéter pour ne plus répéter* ». La formule, par sa concision, peut paraître énigmatique. Mais par-là, il s'agit de dire que la répétitivité des rencontres permet de bouger quelque chose de la situation d'énonciation propre aux séances d'entretiens. Il s'agit donc de ne pas répéter ce que « *on dit* », les « *on-dit* ». L'idée sous-jacente est que le contenu et le vécu du travail ne se disent pas de manière spontanée en une fois, mais qu'il est nécessaire de mettre en place un dispositif spécifique pour permettre de passer d'un premier niveau de discours à l'émergence d'une parole plus impliquante et engageante. Toute parole qui fait appel à la subjectivité ou à l'intersubjectivité est une prise de risque, un acte qui engage celui qui le pose, ne serait-ce que parce que le travail est traversé par des rapports sociaux et marqué assez régulièrement par de la violence symbolique. Ainsi, les premiers énoncés sont souvent prononcés au nom du « *on* » et adressé à un « *il* » (impersonnel). Progressivement, ils le sont dans le cadre d'un « *je* » s'adressant à un « *tu* » (ou à un « *vous* »). Mais cette approche méthodologique mise en place au début de ma recherche dans la première maison de retraite des Abeilles ne m'a pas permis, dans un premier temps, d'arriver à une connaissance concrète de l'activité

---

<sup>40</sup> « Les sciences du comportements deviendront simples quand elles commenceront à traiter les réactions personnelles du savant à son matériau et à son œuvre comme des données les plus fondamentales de toute science du comportement. Avant d'en arriver là, nous aurons seulement l'illusion de la simplicité. » Cf. Devereux, 1980, p.19.

des aides-soignantes<sup>41</sup>. Il m'a fallu plonger dans le vécu quotidien, faire avec elles pour saisir leur réel. C'est dans un déplacement et un aller-retour entre des *entretiens individuels répétés avec retour* et un travail d'observation participante de type anthropologique que le vécu de travail à l'articulation du social et du psychique m'apparaîtra plus clairement. Mais avant d'arriver à cette conclusion, j'ai dû en passer par un certain nombre d'étapes qui vont influencer sur ma manière de traiter de la professionnalité des aides-soignantes en institution gérontologique.

Les premiers entretiens effectués dans la maison de retraite publique me sont vite apparus insuffisants. Trop descriptifs, trop formels, pas assez analytiques. Je ne savais pas pour autant dire ce qui me manquait. Je sentais seulement qu'une grande partie du vécu était occulté et/ou non-décripté. J'apprendrai plus tard que ce qui n'était pas dit était situé du côté de la dimension tactile, du corps à corps avec les pensionnaires, de la vue et du contact avec les déjections humaines, le sang, du côté des odeurs nauséabondes, des cris et appels de détresse des pensionnaires... Des éléments situés largement dans l'infra-langage, qui mobilisent tous les sens et peuvent provoquer de manière idiosyncrasique, du dégoût, de la peur, de la violence, qui se traduisent dans des actes et attitudes et qui sont des aspects du vécu de l'activité passés traditionnellement sous silence y compris par celles qui les vivent et/ou les subissent...

Dans ces premiers entretiens individuels, la notion d'aide et de soins m'était décrite soit de manière trop descriptive soit de manière très idéalisée. Ce sentiment d'insatisfaction me poussera à trouver de nouvelles voies dans la construction de ma méthodologie. Je rentrai en contact avec d'autres professionnels situés à des niveaux hiérarchiques différents pour mieux percevoir les rôles et positions des aides-soignantes au sein de la structure gérontologique.

Une ancienne infirmière salariée, Yvette Roux, travaillant depuis vingt ans dans la maison de retraite des Abeilles, m'amènera la première à considérer ce lieu comme un espace de relégation et d'enfermement pour vieillards. Elle me livrera un rêve, celui de son fils enfant qui venait la voir régulièrement sur son lieu de travail. Histoire d'un vieil homme en guenille sur le bord de la route que des hommes en blouse blanche amènent de force à la maison de

---

41 Il faut dire que je n'avais pu travailler avec un groupe de professionnels aides-soignantes. La pénurie de personnel en institution gérontologique et l'organisation du travail ne le permettaient pas. Je réalisai donc des entretiens avec des aides-soignantes qui s'étaient portées volontaires, sur des temps, souvent « volés », pendant leur temps de travail. Dans un certain nombre de cas, les entretiens se sont prolongés au domicile des salariées.

retraite pour y finir ses jours... Cela me mettra sur la voie des institutions totalitaires que je trouverai décrites par Erving Goffman dans « *Asiles* ». Des lieux d'enfermement où les logiques fonctionnalistes et gestionnaires se renforcent pour aboutir à des relations réifiées et réifiantes entre les personnels et les « reclus ».

Une des manifestations de cette logique déshumanisante me sera racontée à la même période par la surveillante générale des Abeilles, Annie Campagne, une infirmière cadre, qui me témoignera de la confiance et me livrera un certain nombre de ses difficultés de travail liées à sa fonction et son positionnement institutionnel. Cela me permettra d'épaissir cette première piste de recherche.

Annie Campagne me raconte sa situation d'embarras face à la question du taux d'occupation des chambres en maison de retraite. Elle se rend compte qu'elle est prise dans une logique gestionnaire qui, si elle n'y prend pas garde, lui font perdre ses principes éthiques. Quand une personne meurt, elle la remplace par une nouvelle<sup>42</sup>. La pression institutionnelle renforcée par l'attente des familles parfois épuisées, à la recherche d'une solution pour leurs aînés, conduisent Annie Campagne à agir au plus vite. Les aides-soignantes, qui partagent un quotidien de vie avec les personnes âgées, lui font remonter qu'elles vivent mal cette pratique et lui demandent de « *laisser la chambre se refroidir un peu* ». La surveillante répondra à leur attente en acceptant de laisser une semaine entre un départ et une nouvelle entrée et elle se montrera très affectée par le fait de ne pas y avoir pensé spontanément.

Ce type de récit m'amènera à m'interroger sur les modes de rationalités dominantes en institutions gérontologiques que les directions impulsent. Cela me mettra sur la piste d'un mode de rationalité instrumentale, quand la fin justifie les moyens et que sont « secondarisées » les dimensions humaines et éthiques dans la relation à l'autre. Il sera alors important de comprendre comment et pourquoi cette logique s'impose aux différents acteurs de la maison de retraite. Si la hiérarchie intermédiaire perçoit assez fortement ces formes de rationalisation, il était difficile d'imaginer que les aides-soignantes ne la subissent aussi d'une manière ou d'une autre. Leur professionnalité devait être altérée par ces modes de rationalités, encore fallait-il voir comment et dans quelle mesure ?

---

<sup>42</sup> Cf Première Partie, chap. « La cohabitation de logiques compréhensives et instrumentales en maison de retraite ».

La rencontre avec des aides-soignantes atypiques ou marginales dans l'institution va me servir de guide pour mieux comprendre ces logiques, même si dans un premier temps, elle me mettra en situation de perplexité, voire de doute. La diversification des modes d'approches et l'approfondissement des analyses avec des personnes privilégiées ou atypiques m'ont permis une plus grande richesse d'information sans pour autant m'avoir donné l'impression d'y perdre en terme de rigueur scientifique.

La première rencontre fut avec Irène Delamare. Elle était atypique en raison de la violence des propos qu'elle s'autorisait. Violence sans nul doute en lien avec sa propre peur de la vieillesse et de la mort que je relate dans le cadre de son récit de vie. Elle se présentait comme une « super-technicienne » ce qui était pour elle une façon de se « blinder ». Elle avait comme idéal du « pensionnaire » : celui qui se tait et reste docile. Avec elle, le sadisme ordinaire était affiché. Situés au début de mon enquête, je ne savais pas si les propos de cette aide-soignante étaient ceux très singuliers d'une personne en souffrance ou si ce qu'elle disait, participait aussi d'une représentation sociale commune du métier. Bref, disait-elle tout haut ce que les autres pensaient tout bas ? Mes capacités de catégorisation étaient mises à mal, mais je préfèrai cette sensation plutôt qu'un discours lisse ou idéalisé du métier.

Je savais, pour avoir travaillé avec des salariées proches de la condition des aides-soignantes - les auxiliaires de vie sociale - que la dimension technique du travail avait tendance à être occultée (les travaux d'entretien et de ménage étant socialement dévalorisés) au profit de compétences plus relationnelles. Je m'attendais plus ou moins consciemment à retrouver ce même décalage dans leurs récits. Or, en quittant l'espace de travail du domicile pour me retrouver en institution gérontologique, je n'avais pas mesuré encore combien les temps d'échange avec les personnes âgées avaient tendance à être réduits à peau de chagrin. La technicisation des relations les amenaient assez souvent à routiniser leur travail et à se couper des personnes âgées. Les compétences techniques de leur travail sont dévalorisées et subordonnées aux infirmiers, les compétences relationnelles ne peuvent guère se déployer et ont tendance à être instrumentées. Que reste-t-il alors à présenter à une sociologue qui puisse être valorisant d'énoncer ? J'aurai pu trouver des indices d'un mal-être, d'une forme de résistance dans leur difficulté à me dire le concret du travail et la manière de le vivre. Mais j'interprétais alors cette forme de silence à une difficulté personnelle à entrer en relation avec les aides-soignantes plus qu'à l'expression de mécanismes de défense individuels ou

collectifs. Il me fallait mieux connaître l'univers des institutions gérontologiques pour décrypter leur professionnalité.

La deuxième personne « atypique » rencontrée, à son domicile cette fois, sera Laure Bress, faisant-fonction d'aide-soignante. J'avais commencé un premier entretien avec elle, à la maison de retraite, en duo avec une de ses amies, Irène Delamare. Quand deux mois plus tard, je demandais de ses nouvelles, j'apprenais qu'elle avait rompu son contrat à durée déterminée et qu'elle était partie de la maison de retraite. Elle n'avait pas supporté le travail. Ce n'était pourtant pas la première fois qu'elle venait faire des remplacements aux Abeilles mais là, elle semblait décidée à ne plus y retourner. Elle ne me parlera pas d'un événement particulier qui serait à l'origine de cette rupture, mais plutôt d'un malaise global lié à la charge physique, à l'intensité du travail et surtout à une souffrance psychique qui s'exprimait jusque dans ses nuits, sous forme de cauchemars. Elle dira son sentiment d'impuissance face à la douleur des individus et sa détresse face à la mort des personnes âgées : « *Ca m'accrochait le cœur* » me dira-t-elle pour conclure l'entretien. Tout cela semble avoir participé à son départ. Laure est troublée et fragile, elle me dira mener une psychanalyse depuis plusieurs années. Je me retirerai ne voulant pas accroître son malaise. Son récit pose la question du sens du travail de soin quand la guérison n'est pas l'aiguillon qui guide la pratique. Il parle aussi de l'usure physique et psychique. De nouvelles pistes à explorer avec celles qui « restent ».

Le passage par une pratique de terrain, suggéré par l'infirmière<sup>43</sup> Yvette Roux à notre troisième et dernier entretien, me permettra de commencer à entrevoir la réalité d'un univers soignant, les enjeux quotidiens, les peurs, les joies, les conflits de service. Partager un quotidien de travail avec les aides-soignantes facilitera les liens ; une complicité se créera avec plusieurs d'entre elles. Je comprendrai mieux le travail en l'habitant corporellement. Plus tard, dans le travail d'analyse, la rencontre livresque avec Anne Vega anthropologue<sup>44</sup>, qui a enquêté plusieurs mois dans un grand hôpital Parisien et qui décrit les coulisses d'un service neurologique, viendra de nombreuses fois nourrir et faire écho avec mon vécu en maison de retraite.

---

<sup>43</sup> Nous découvrirons l'importance de se laisser porter par le terrain et les rencontres. De savoir saisir les propositions qui sont faites ou suggérées par les acteurs.

<sup>44</sup> Cf : Vega, 2000.

Je me suis donc déplacée sur le propre terrain des aides-soignantes, revêtant une blouse blanche et quittant provisoirement les entretiens et mon magnétophone pour n'avoir plus en poche qu'un petit carnet de note tenant dans ma poche. Je ressentirai comme une sorte d'examen de passage durant ces quelques jours de travail passés en leur compagnie. Le personnel m'observait, allait-elle être capable d'agir, comment allait-elle s'en sortir ? Par la suite, les aides-soignantes en entretien me feront un retour plutôt positif de ces quelques jours, *je savais retrousser mes manches et tenir le coup*. J'avais ainsi quitté ma posture de chercheuse novice et bienveillante pour partager un peu de leur vie professionnelle. Je m'étais impliquée, exposée et j'allai en récolter les fruits. A l'issue de ce travail d'immersion, les derniers entretiens réalisés dans cette première maison de retraite des Abeilles ont été plus riches.

Je m'autorisais à repartir de mon vécu pour aborder des aspects du travail qui n'avaient pas été abordés par elles. Je pouvais, par exemple, partir de mon sentiment de salissure intérieure, de ce besoin d'aller se laver quand on rentre chez soi après une journée de travail avant de retrouver les membres de sa famille... Des aides-soignantes me diront avoir ressenti de pareilles sensations au début de leur activité<sup>45</sup>. Je ne parlais plus en général mais pouvais donner des exemples précis, référer mes questions à des situations concrètes, des pensionnaires réels et des pratiques observées. Et, petit à petit, j'étais mise au courant des relations interpersonnelles, des histoires de services, des relations avec la hiérarchie. La confiance commençait à laisser place à une certaine forme de connivence alors que mon travail de terrain se terminait<sup>46</sup>.

Je mettrai cette frustration à profit. Je choisissais un nouveau terrain plus facile d'accès. Je voulais avoir du temps pour établir une relation de confiance avec les aides-soignantes, pénétrer leurs univers de travail et appréhender leurs modes de relations aux personnes âgées. J'abandonnai l'idée de comparer les aides-soignants selon qu'elles travaillaient dans une petite, moyenne ou grosse maison de retraite, réduisais mon champ d'enquête à deux maisons de retraite relativement similaires en taille et niveau de standing. Seule la différence de nature d'établissement, public et privé lucratif, subsistait.

---

<sup>45</sup> Cf Troisième partie, les récits de vie d'Aline Gambini ou de Joséphine Roche.

<sup>46</sup> Pour des raisons professionnelles et du fait d'un certain éloignement géographique, il m'était difficile de continuer plus longtemps mon investigation sur ce terrain.

Fort de ma précédente expérience aux Abeilles, je commençai mon deuxième terrain aux Aves en réorganisant mon travail d'enquête. J'inversais le temps d'observation participante avec celui des entretiens<sup>47</sup>. Je passais en préalable une à deux journées avec chacune des aides de la maison de retraite et quelques agents de service avant d'engager la phase des récits individuels. Le travail d'observation, en amont, me permettait de connaître les salariées, de commencer à engager une relation avec elles et de poursuivre la rencontre par des séances d'entretiens répétés avec retour lorsqu'un lien de confiance s'était établi et que je ressentais l'envie d'échanger.

J'avais regretté, à la fin du premier terrain d'enquête, de ne pas m'être entretenue avec certaines soignantes que j'avais vu travailler ou que certaines des aides-soignantes enquêtées m'avaient suggéré de rencontrer en comprenant mieux mon travail<sup>48</sup>. Le choix des entretiens avec les aides-soignantes à la maison de retraite des Abeilles s'était effectué en deux temps. J'avais pré-défini différents critères : anciennes/nouvelles, diplômées/faisant fonction, en contrats à durée déterminée, indéterminée ou aidés... Je les avais présentés à la surveillante générale qui m'avait aidé à mettre des noms d'aides-soignantes en face des dits critères. Après une présentation de mon travail en réunion de service, j'ai demandé à certaines personnes pressenties, si elles étaient d'accord pour participer de cette recherche. J'ai ainsi constitué mon « échantillon ».

Le volontariat qui, avec la confidentialité, est à la base des règles de fonctionnement de la démarche clinique était, en fait, mal enclenché dans cette procédure. Un certain nombre d'aides-soignantes se sont senties obligées de répondre favorablement à ma sollicitation vis-à-vis de la hiérarchie et sont restées sur la réserve durant tous les entretiens. Cette manière de faire, basée sur un mode de sélection pré-établi et partiellement aléatoire, n'était pas très heuristique pour mener à bien une recherche qui se construisait de manière assez largement inductive. Il valait mieux se laisser guider, glisser par le terrain et saisir au mieux les opportunités de rencontres, travailler en arborescence, jouer avec les réseaux d'affinité... La qualité des matériaux recueillis s'avérera supérieure.

---

<sup>47</sup> Là plus encore qu'à la maison de retraite des Abeilles, des entretiens collectifs avec un groupe d'aide-soignante sur leur temps de travail ou de réunion n'était pas envisageable compte-tenu de l'intensité du travail et d'un manque de personnel.

<sup>48</sup> J'ai toutefois réussi, avant de partir, à m'entretenir avec Joséphine Roche à qui j'ai consacré un récit de vie qui s'avérera riche et complémentaire avec celui d'Irène Delamare.

En étant avec elles et en les aidant chaque fois que possible dans la réalisation des tâches concrètes, je n'étais pas seulement dans un « faire avec » mais dans un « être avec » qui a permis le passage progressif du discours à une parole du travail plus personnelle et engageante. Il ne fallait éviter d'être perçue comme une stagiaire école à qui on risquait de déléguer en propre du travail. Il me fallait être présente dans leur travail, en gardant le plus possible mon identité de sociologue. Le rapport chercheur/aide-soignante était toujours dissymétrique, mais j'étais un peu plus dans la compréhension de l'autre, sur la base d'un partage de vécu. J'interpellai les salariées en étant dans une plus grande proximité affective tout en jouant sur mon éloignement social pour arriver à comprendre l'univers de sens, les systèmes de valeurs dans lesquels elles évoluaient. Je m'efforçais « de me mettre dans la peau » des personnes pour mieux interroger mes ressentis et dégager ce qui me paraissait atypique, énigmatique ou « allant de soi ». Je m'engageai dans une double démarche de proximité et d'auto-analyse, interrogeant régulièrement mes référents culturels pour tenter de décrypter au mieux le monde social des aides-soignantes. C'était ma manière de rester proche d'elles, sans me laisser absorber par le terrain, en gardant une certaine attitude réflexive. C'est une posture délicate, difficile à maintenir dans la durée mais qui m'a paru importante pour l'investigation.

La contre-partie de cette réorientation a été un changement de rapport au temps. Il s'agissait à la fois de disposer de plus de temps mais aussi et surtout, d'être dans une disponibilité temporaire à l'autre plus grande, de vivre à son rythme, à ses côtés, tout en organisant des espaces/temps favorables à un retour réflexif sur la pratique et le vécu de travail. Savoir laisser passer plusieurs jours entre deux rencontres ou au contraire rester plusieurs jours d'affilés pour voir les équipes de travail se succéder, observer le travail de suivi auprès de pensionnaires particuliers, analyser les différentes manières de faire d'une équipe à l'autre selon les moments de la journée, selon les jours de la semaine. Mes présences les dimanches, par exemple, ont été assez instructives d'un autre mode de fonctionnement en l'absence de la hiérarchie habituelle. Au final, mon travail s'est déroulé sur une période de sept mois dans cette maison de retraite, un mois de plus qu'aux Abeilles ce qui ne constitue pas une différence notable. Par contre ma présence aux Aves sera beaucoup plus dense, de l'ordre du mi-temps salarial, effectuant des journées de douze heures.

J'essayai d'être là à des moments clefs comme les rencontres collectives, les réunions d'équipe, sans pour autant être là en permanence. J'ai, bien sûr raté, des événements que

j'aurai souhaité vivre, qui n'étaient pas prévisibles. Entre deux séjours, les salariées me racontaient ce qui c'était passé. L'important était que je devienne quelqu'un de familier qui s'inscrive dans une certaine quotidienneté de travail et à qui on ait envie de livrer du vécu. Les temps d'absences étaient parfois importants, notamment au début pour que ma présence devienne familière et à la fin de l'investigation, pour m'éloigner progressivement. J'ai eu des retours de la hiérarchie intermédiaire qui m'ont livré les interrogations voire les craintes que pouvait susciter mon travail dans l'établissement. Je constaterai, au cours de cette recherche, que les aides-soignantes qui ont exprimé le plus de méfiance au départ à mon égard, m'ont par la suite, livrées beaucoup d'elle-même. Ce sera le cas pour Irène Delamare aux Abeilles et pour Aline Gambini aux Aves, dont on retrouve les récits de vie en troisième partie.

Pour réduire la méfiance du départ, je sentais qu'il fallait que j'explique mieux ce qui m'animait et que je m'implique personnellement. Plus que des mots ou des principes de travail, qui avaient été énoncés au cours de réunions de présentation de mon travail, il m'a semblé important de produire des actes concrets. Je présentais la recherche en leur disant que je souhaitais mener une analyse de leur activité de travail. Je m'intéressais à la manière dont elles vivaient leur travail, le plaisir et la souffrance éprouvés, ainsi que leur itinéraire professionnel. Ce qui retenait le plus l'attention des aides-soignantes c'était mon retour sur leurs pratiques après avoir partagé des journées de travail ensemble. Comment je percevais leur quotidien de travail et leurs manières de faire ? Il me fallait par ailleurs les rassurer sur la confidentialité des matériaux que je pouvais glaner, les ruses collectives que j'observais, plus encore que ceux qu'elles me livraient volontairement au fil des rencontres. J'en ai conclu qu'il fallait que je donne à voir ce que je pouvais écrire dans mon petit carnet. Je m'étais rendue compte que, même si je prenais des notes de la manière la plus discrète possible, sur des temps très courts, sortes de pense bêtes que je remettais le soir au propre, ces écrits faisaient peur. Il pouvait faire partie d'un processus d'évaluation qui ne disait pas son nom ou renvoyer un certain nombre d'aides-soignantes à des souvenirs douloureux de vécu scolaire.

J'ai organisé un retour rapide et individualisé de mon travail d'observation participante, mis au propre mes notes, leur livrant la quasi-totalité de mes impressions des moments passés à suivre le travail de chacune d'entre elles. Familiarisée à la question du retour dans les entretiens, j'ai adapté cette pratique aux situations d'observation. Je faisais une note confidentielle sous une dizaine de jours maximum de ce que j'avais observé, avec une grande franchise. Ce papier de synthèse d'une à deux pages a été essentiel, moins par son contenu

que par l'établissement de la confiance. Cela a été une sorte de passeport pour la suite. L'aide-soignante pouvait ainsi commencer à apprivoiser l'écrit, support central pour l'élaboration commune, pour permettre une dimension réflexive aux rencontres. Cela a eu pour effet de faire tomber la situation de crainte du départ et d'amorcer une relation de confiance.

Les aides-soignantes me parlaient désormais de leur travail mettant beaucoup l'accent sur les relations à leur hiérarchie, me prenant à témoin des pratiques qu'elles subissaient. Cela m'a obligé progressivement à m'éloigner de la hiérarchie pour ne pas donner l'impression de trahir la confiance qu'elles me témoignaient et les confidences qu'elles pouvaient me faire.

Je ne pouvais toutefois me couper totalement de la hiérarchie qui m'avait permis de réaliser un travail d'enquête sans demande réelle de contre partie, mais qui manifestait le besoin de parler, de me livrer leurs impressions et parfois de me prendre à partie devant leur difficulté de gestion du personnel. Je faisais en sorte que ces rencontres soient aussi brèves que possible, dans un lieu non clos. Je jouais la carte de la transparence pour ne pas entamer leur confiance. J'essayai ensuite d'informer, de manière assez anodine au fil d'une conversation, l'une ou l'autre des aides-soignantes de ces moments de rencontres, leur laissant le soin de diffuser ou non l'information à leurs collègues si elles le jugeaient utile.

Les midis, au self-service des Aves, je mangeais avec le groupe des aides-soignantes et des personnels de service. J'ai essayé de me tenir à la même distance qu'elles, des autres catégories de professionnels, c'est à dire à proximité des femmes de services ou hommes d'entretien, à distance de la direction et dans un entre-deux avec les infirmiers(irères). Cela a pu créer de la frustration chez certains d'entre eux, notamment parmi les infirmiers dont certains auraient bien voulu participer de ce travail d'entretiens répétés. J'ai dû gérer cela, au coup par coup, en discutant avec eux de manière informelle. J'écouterai, par exemple, une infirmière qui voulait à tout pris me donner « sa version des faits » du travail avec les aides-soignantes. Elle me parlera de la répartition des tâches entre elles et les aides-soignantes sur un mode très idéalisé, loin de ce que j'ai pu observer. L'enjeu était pour elle de faire valoir sa fonction et de me renvoyer une bonne image d'elle, qui était peu appréciée de la majorité des aides-soignantes.

Je voudrai terminer ici sur la question du transfert en revenant sur le rapport de proximité du chercheur avec son terrain. En essayant de comprendre, sentir et ressentir ce métier, je me suis

rapprochée au plus près de celles qui le font, comme je l'ai précédemment indiqué. J'ai laissé un peu de ma place sociale pour mieux percevoir comment dans leur mode de fonctionnement, elles évoluaient dans leur travail. Prise dans une dynamique de transfert, j'ai accepté de perdre un peu pied, d'être prise par l'autre en allant sur son propre terrain et j'en ai été affectée de multiples manières.

Si, comme les aides-soignantes le disaient à la première maison de retraite, je « *tenais le coup* » en étant à leurs côtés, dans la deuxième où les logiques gestionnaires et instrumentales étaient poussées plus avant, le quotidien de vie auprès des aides-soignantes me rendait malade au fil du temps. Durant les sept mois de terrain aux Aves, j'ai eu des rhinopharyngites à répétition et connu des épisodes fiévreux tout à fait inhabituels. Je suis allée là où je n'avais pas envie d'aller, témoin des effets produits par une intensification du travail et des mécanismes individuels et collectifs de rejets et de peur. Témoin impuissante de la transformation des personnes âgées en objet dépendant. J'étais au cœur de l'instrumentalisation des rapports humains. Il a fallu le temps de l'écriture de la recherche pour élaborer à partir de ce vécu.

J'ai ressenti les injonctions paradoxales dans laquelle les personnels de proximité se trouvaient pris et vu les salariées se débattre pour tenir le coup, sans toujours bien identifier les mécanismes à l'œuvre que je subirai aussi avant de les analyser et tenter de les comprendre. À côté d'elles, j'ai perçu la situation d'exploitation et le mépris, le plus souvent non dit, dont elles font l'objet de la part de leur hiérarchie. J'ai partagé leur quotidien de vie, leur plaisanterie, leur inquiétude aussi. J'ai eu peur d'être prise en faute lorsque j'étais avec elles en train de prendre une pause clandestine, mais nécessaire, après les avoir accompagnées dans la douzaine des toilettes matinales<sup>49</sup>... En même temps que je partageais leur vécu, vivais dans une grande proximité, je restais à une certaine distance d'elles. Je ne pouvais me résoudre à accepter certains de leurs mécanismes de défense, notamment lorsque cela avait des conséquences directes pour les personnes âgées, qui s'apparentaient à de la maltraitance passive et s'accompagnaient de propos réifants ou infantilisants voire de chantages... Comprendre ne veut pas dire accepter.

---

<sup>49</sup> J'ai participé à l'aide à l'habillage des personnes âgées, au passage aux toilettes, à l'aide alimentaire en présence d'autres aides-soignantes. J'ai également participé à des tâches d'entretien courantes comme la remise en état des lits, enlever la poussière des meubles ... Je me suis toujours gardée de participer à la toilette des personnes âgées. Cela ne m'a d'ailleurs jamais été suggérée, contrairement aux élèves stagiaires aides-soignantes ou infirmières qui le pratiquaient.

J'avais besoin de pauses « clandestines », besoin parfois de me retrouver seule dans la journée quelques instants. Il fallait que je trouve un endroit, dans ma voiture, le jardin, les toilettes comme elles le font elles aussi, en quête d'espace de récupération. Il le fallait pour arriver à supporter tout ce que je voyais et ne pas risquer d'être happée par la logique instrumentale à mon tour. Contrairement aux aides-soignantes, je pouvais m'extraire quand je voulais, sortir facilement de ce quotidien, ce qui facilitait mon esprit critique et ma disponibilité auprès des personnes âgées. J'en profitais pour passer quelques instants à les écouter, répondre à des demandes ponctuelles, faire un geste de prévenance qu'elles n'osaient plus espérer du personnel. Généralement elles m'en remerciaient chaudement comme si je leur avais fait un don précieux. Il y avait longtemps qu'on ne leur parlait plus ainsi, me diront certaines d'entre elles...

J'ai été prise parfois dans une contradiction de fond, rester pour partager et comprendre ou dénoncer tout haut l'insupportable. Encore fallait-il voir auprès de qui ? Les possibilités de changement me paraissaient faibles localement. Il n'y avait pas de faits pouvant défrayer la chronique mais une série d'attitudes et de comportements qui, s'accumulant, portaient atteinte à la dignité des individus. J'ai pu, dans le travail d'entretiens répétés, échanger un peu de manière différée sur cette dimension de la réification, mais jamais complètement. Le déni de ces pratiques sert aussi aux salariées à tenir et je ne suis pas restée assez longtemps pour travailler cela avec elles. S'il m'importait de faire prendre conscience, de montrer les mécanismes de sujétions/dominations, avais-je le droit de dire à celui qui ne voulait pas entendre ni voir, ce que je voyais ? Où commence la posture d'accompagnement de chercheur et où s'arrête-t-elle ? Quels principes éthiques doivent guider l'action ?

Le retour, dans une démarche clinique, est pensé comme une marque de respect vis-à-vis de ceux que l'on rencontre et qui nous livrent un peu d'eux-mêmes. Chacun se déplace et prend des risques : d'énonciation d'un côté, de restitution critique de l'autre. Il permet de dépasser la vision du chercheur qui considère les acteurs comme de simples pourvoyeurs d'informations. La ou les personne(s) participe(nt) activement à l'élaboration des savoirs, à sa mise en débat et en sens. Elles ne sont pas considérées comme des obstacles au processus de conceptualisation<sup>50</sup>. Pourtant je ferai ici le constat d'une impossibilité à aller très loin dans ce

---

<sup>50</sup> Cela évite au sociologue de redoubler les rapports sociaux, surtout lorsqu'il s'agit d'enquêter auprès d'individus issus de classes populaires.

processus de transformation. L'absence d'un passage à l'écrit des acteurs/auteurs a peut-être participé de cette difficulté. Toujours est-il que je ferai le constat au travers d'un entretien avec Rose Marchand, une agent de service, de la capacité de clivage d'un individu sur sa pratique. Témoin d'insultes régulières auprès des personnes âgées, les infantilisant sans cesse, obligeant la jeune aide-soignante de son étage à laver tous les pensionnaires dans une même chambre pour n'avoir pas trop à nettoyer et pour gagner du temps. Je serai interloquée par sa capacité d'occulter tout cela en entretien, même lorsque j'évoquerai certains de ces faits précisément. Elle me tiendra un discours centré sur l'amour des personnes âgées et témoignera d'une affection particulière pour celles qui occupaient la maison de retraite il y a 20 ans, à ses débuts. J'étais ici en plein processus de reconstruction de la réalité, sa réticence à communiquer ne m'a pas permis d'engager plus avant un travail d'entretiens.

Il me restera de ce travail de terrain beaucoup de souvenirs chargés d'émotion, une affection pour nombre d'aides-soignantes rencontrées mais aussi un fort mal-être pour avoir été le témoin passif de morts sociales et physiques en maison de retraite médicalisée. Des personnes mortes non de maladie ou de vieillesse mais d'oubli, déplacées et humiliées. Des personnes qui n'ont d'autres recours que la soumission à l'obéissance, la folie ou la mort violente, le suicide ou plus lent, le « glissement ». Les événements de l'été 2003 montreront en grande échelle des décès et dysfonctionnements en institutions gérontologiques, au-delà de la seule question du climat. Mais ira-t-on regarder du côté des processus de rationalisation instrumentale, des mécanismes de réification des personnes âgées pour comprendre ? C'est en tout cas ce que je m'efforcerai de faire ici.

## Présentation synthétique du travail d'investigation

### Les maisons de retraite médicalisées

La première maison de retraite enquêtée, les Abeilles, est un ancien hospice public, qui est devenu une maison de retraite publique au début des années quatre-vingt au vu de l'évolution de la loi<sup>51</sup>. Elle est située dans un village de la cote d'Azur en milieu rural et a été entièrement restaurée dans les années quatre-vingt dix, mis aux normes sanitaires et d'hébergement. Elle offre une capacité de quatre-vingt cinq places. A côté de cette maison de retraite, gérée par la même direction, un foyer logement accueille, dans des logements particuliers, trente deux personnes n'ayant pas de gros handicaps et en relative bonne santé. Au total les Abeilles disposent de cent dix sept places.

La deuxième structure, les Aves, est située à la périphérie d'une grande ville du Languedoc. C'est une ancienne demeure bourgeoise qui est devenue, au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, une maison de retraite pour une quarantaine de personnes. Elle a le statut de société anonyme. Elle est indépendante, ne fait pas partie d'une chaîne ou filiale d'un groupe<sup>52</sup>. C'est un établissement sous-contrat<sup>53</sup> habilité à percevoir l'aide sociale. Entièrement restauré dans le début des années 90, il a gardé son caractère familial et s'est agrandi pour se doter d'une nouvelle aile pouvant accueillir quatre-vingt places. Cette aile, que nous dénommerons le Castel, est réservée aux personnes âgées les plus handicapées présentant des pathologies physiques ou mentales sérieuses, elles s'ajoutent à l'ancienne demeure dénommée le Mas. Un centre paramédical avec piscine attenant à la maison de retraite a été construit à la même période. La plupart des kinésithérapeutes qui travaillent là, s'occupent des pensionnaires de la maison de retraite. Sa capacité totale est de cent trente places.

---

<sup>51</sup> Cf. JO, 1975.

<sup>52</sup> Nous n'avons pas fait d'étude socio-économique du secteur des maisons de retraite, cela ne faisait pas parti de notre objet de recherche proprement dit. Pour autant, nous avons bien conscience qu'il s'agit d'un marché lucratif. Voilà ce que nous pouvions lire sur internet en 2002. Source : Institut Xerfi, Valérie Cohen, directrice de publication.. « *Le vieillissement continu de la population et l'augmentation de l'espérance de vie offrent des perspectives de croissance remarquables aux maisons de retraite (...) les professionnels déploient des moyens impressionnants dans le but d'étendre leur présence sur le territoire national et de médicaliser les structures déjà captives. Et leurs objectifs sont ambitieux : alors que Medica France a doublé de taille en rachetant le groupe Qualisanté en septembre 2001, Medipep ne cache pas sa volonté d'être à la tête d'une centaine d'établissements d'ici 2003, soit quatre fois plus qu'en 2000....* »

<sup>53</sup> Agréé par le Conseil Général.

Le prix journée s'élevait aux Aves, en 2000, à 344 francs pour les pensionnaires conventionnés - et à 362 francs pour les pensionnaires en « tarif libre ». Aux Abeilles, le prix journée unique était de 315 Francs. Près d'un tiers des pensionnaires des Abeilles touchaient l'aide sociale, 70 % aux Aves qui vise pourtant un marché de personnes aisées.

Dans les deux maisons de retraite étudiées, c'est à l'occasion de gros travaux d'agrandissement ou de rénovation qu'un important effort de médicalisation s'est opéré. Après la création de l'aile du Castel, la maison de retraite privée des Aves a obtenu le financement pour vingt trois lits médicalisés. Elle avait un agrément pour cinquante lits en 2000, au moment de notre enquête. Quant à la maison de retraite des Abeilles, c'est en 1993 qu'elle a obtenu, pour la première fois, vingt-cinq lits médicalisés. Ils étaient au nombre de 38 en 1999/2000 au moment de notre investigation.

A la maison de retraite des Abeilles, s'est mis en place dans le milieu des années 90, un espace réservé aux personnes désorientées. Il fonctionne la journée selon le mode d'une petite maison dénommé Cantou, ce qui signifie dans la langue occitane « coin du feu ». Il accueille environ une douzaine de personnes, il est situé au rez-de-chaussée de l'établissement et dispose d'un jardin fermé. Le soir les pensionnaires remontent dans les étages pour rejoindre leurs chambres situées à côté de celles des autres pensionnaires. Cet espace dispose toutefois de trois chambres en propre, qu'occupent ceux d'entre eux qui sont les plus autonomes physiquement.

La maison de retraite des Aves a créé, elle aussi, un espace pour personnes âgées désorientées dans le milieu des années quatre-vingt dix. Un étage spécifique leur a été consacré. Elle en a fait un principe de démarcation commerciale face à une pénurie locale de place pour les personnes âgées démentes. Cet étage, accueille une quinzaine de personnes âgées dans des conditions de vie assez inhumaine. Nous en détaillerons son fonctionnement plus loin dans l'exposé.

La maison des Abeilles, ancrée historiquement dans le village et les communes avoisinantes, n'a aucune difficulté de remplissage, contrairement aux Aves établissement situé en périphérie d'une zone urbaine dans un quartier qui tend à se paupériser. Les Aves font un

effort en terme d'image de marque pour attirer de la clientèle. L'établissement était plein lorsque nous y étions, mais il n'y avait pratiquement pas de listes d'attente, contrairement aux Abeilles.

En tant que structure publique, la maison de retraite des Abeilles peut avoir accès à du personnel en contrat aidé. Il y avait en 2000 des CES, CEC, emplois jeunes, des statuts d'emplois auxquels ne peut prétendre un établissement privé. Cela permet d'alléger des charges en personnel qui sont généralement fortes dans ce type de structure. Les Aves ont fait le pari de la sous-traitance pour réduire les coûts et charges en personnel. La gestion de la restauration est sous-traitée mais effectuée sur place par des salariés d'une entreprise de restauration collective. Progressivement la fonction de la lingerie est externalisée. Et le personnel administratif a changé d'employeur, cette fonction est gérée par une entreprise de service.

Les charges de personnels représentaient 37 % du total des charges aux Aves en 2000. Les charges en personnel étaient de 57 % à la maison de retraite publique les Abeilles qui ne sous-traite aucune fonction. La politique de sous-traitance explique en grande partie cette différence, elle peut être renforcée aussi par de meilleurs salaires dans la fonction publique hospitalière<sup>54</sup> et une ancienneté du personnel plus forte aux Abeilles.

### Les acteurs rencontrés

Nous avons 25 salariés de maisons de retraite, parmi lesquels :

- 7 femmes aides-soignantes diplômées (2 en contrat à durée déterminée),
- 5 femmes aides-soignantes faisant fonction (2 en contrat à durée déterminée),
- 4 agents de service, dont un homme (en « Contrat Emploi Solidarité »),
- 3 infirmiers salariés dont un homme,
- 1 infirmière cadre surveillante,
- 1 homme en « Emploi Jeune » chargé de l'animation sportive et de la petite maintenance.

---

<sup>54</sup> Cf. A. Brahami, A. Brizard, S. Audric, 2002 « *Les rémunérations dans les établissements de santé privés, évolutions récentes et comparaison avec l'ensemble du secteur hospitalier* » & Roumigières, 2000, « 330 000 aides-soignants en 1999 ». Voici un extrait de ce dernier rapport : « En 1999 le salaire mensuel net moyen des aides-soignants s'établit à 7 800 Francs. La moitié des personnels-soignants perçoit un salaire compris entre 6 200 et 9 200 F. Il faut noter un écart sensible de plus de 20 % dans le public comparé au secteur privé. La moitié des aides-soignants du secteur privé perçoit en francs entre 5 500 et 8 125 contre 7 500 et 9 500 dans le public. »

- 2 salariées démissionnaires de maison de retraite n'exerçant plus dans le secteur de la santé, une faisant fonction d'aide-soignante et une autre aide-soignante diplômée.
- 2 femmes exerçant leurs activités dans le cadre de l'accueil familial à domicile. Il s'agissait ici de rencontrer des personnes ayant eu une expérience antérieure en structure gérontologique. L'une est aide-soignante. Elle a été amenée à occuper pendant plusieurs années un poste de directrice salariée dans une maison de retraite d'un groupe privé. L'autre, Simone Alazard, est aussi aide-soignante. Nous présenterons son récit de vie en dernière partie, elle a vécu toute sa vie au contact des personnes âgées.

Notre souci a été de diversifier les points d'entrée de l'activité d'aide-soignante, de croiser les regards en allant voir des salariées agents de service et des infirmiers<sup>55</sup>. Nous avons rencontré aussi des salariées ayant quitté l'univers des établissements soignants. Nous faisons le pari que ces personnes s'autoriseraient plus facilement et plus librement à nous livrer leur vécu que celles qui sont toujours dans l'emploi.

Une enquête parallèle auprès d'accueillantes familiales de personnes âgées nous permettra aussi de continuer notre investigation sur le travail féminin de service à la personne, en passant cette fois de l'analyse du travail à domicile, au travail au domicile. A côté des deux accueillantes étudiées, d'autres entretiens ont ainsi été conduits avec des femmes menant cette activité que nous n'avons pas exploité ici. Ce travail fait l'objet d'une étude spécifique à venir.

Au total, 25 personnes ont été rencontrées et 60 entretiens réalisés et retranscrits d'une durée moyenne d'une heure trente/deux heures, ce qui représente un peu plus de 2000 pages à analyser. La première et deuxième partie de la thèse s'appuie sur ces 60 entretiens mais aussi sur les notes prises au cours de l'observation participante. Ce dernier travail concerne essentiellement la deuxième maison de retraite pour les raisons que nous venons d'explicitier dans la note méthodologique. La dernière partie est issue d'un choix d'entretiens menés auprès de 6 salariés qui nous ont paru particulièrement heuristiques.

---

<sup>55</sup> Les infirmières ont été rencontrées à la maison de retraite des Abeilles où les tensions hiérarchiques étaient moins marquées qu'aux Aves. Nous avons eu cependant à la fin de notre enquête un entretien avec un infirmier des Aves, bien accepté par l'équipe d'aides-soignantes.

## Première partie

### Introduction :

#### La prise en charge des personnes âgées en maisons de retraite médicalisées

Comment faire entrer un lecteur non professionnel dans l'univers des institutions pour personnes âgées ? Un espace qui suscite généralement appréhension, peur, voire répulsion. Un lieu où peut-être nous finirons nos jours ? Et comment rendre compte du travail de celles et ceux qui sont au plus près de ces personnes âgées sans tomber dans le pathos, l'idéalisation, la récrimination ou le jugement moral ?

Aller dans un établissement d'hébergement collectif qui accueille aujourd'hui la grande vieillesse, comme les maisons de retraite médicalisées ou les services hospitaliers de long séjour, n'est pas un choix positif. Ce sont des lieux dans lesquels on attend que la vie finisse. Si, pour y entrer le consentement des intéressés est nécessaire, la décision se prend souvent sous l'influence de l'environnement familial, médical ou social. Une étude réalisée en 1990<sup>56</sup> montrait que « 79 % des personnes âgées hospitalisées en long séjour ne sont pas prévenues de leur « placement » définitif quand elles sont adressées ».

Combien de fois, au cours de nos investigations en maisons de retraite médicalisées, avons-nous vu arriver des personnes âgées nous dire qu'elles n'étaient là que pour quelques jours, le temps qu'elles se sentent mieux ou que leurs enfants viennent les chercher, au grand regret des aides-soignants avec qui nous étions. Car le personnel soignant sait que placer une personne sans l'en informer, ne fait qu'accroître les difficultés d'intégration et les risques d'effondrements psychiques et physiques ultérieurs. Les personnes âgées qui acceptent de manière volontaire de vivre en structure d'hébergement collectif, le font souvent par résignation, pour ne pas être à la charge de leurs proches, parce qu'elles se sentent trop isolées... Aujourd'hui l'hébergement en institution médicalisée est souvent la dernière alternative quand le maintien à domicile n'est plus possible chez soi ou dans sa famille.

Que ce soit à la suite d'un veuvage, d'une trop grande solitude, de l'apparition de maladies entraînant des incapacités ou pour des raisons d'isolement ou d'inaccessibilité de son logement, ceux et celles - le plus souvent des femmes du fait des différences de longévité

---

<sup>56</sup> Cf. Gérontologie et société, 1990.

selon les sexes - qui entrent dans des structures d'hébergement pour personnes âgées vivent une cassure et font l'expérience d'un déracinement profond, ceci à un moment délicat de leur vie, souvent marqué par des pertes d'êtres chers. L'entrée en institution consacre la rupture d'avec leur ancien mode de vie comme nous l'indique Louis Ploton<sup>57</sup> lorsqu'il affirme que les personnes âgées en établissement sont « *en position d'immigrées dans le temps* » et, souhaiterions-nous ajouter, d'immigrés dans l'espace. Elles ont à faire le deuil de beaucoup de leurs relations sociales, de leur logement antérieur, de nombre d'objets qui constituent leurs histoires et font partie désormais de leurs souvenirs...

Se retrouvent concentrées dans un même lieu des personnes socialement hétérogènes<sup>58</sup> qui n'ont pas choisi d'être ensemble et qui ont comme seul point commun leur grand âge voir leurs maladies ou leurs handicaps et la perspective de leur propre finitude. Elles forment un groupe d'individus construit de l'extérieur par le corps social qui les tient à distance de lui, refoulant l'idée de la décrépitude et de la mort. Comme nous l'a dit si justement Irène Delamare, une aide-soignante travaillant en maison de retraite, terrorisée à l'idée de finir à son tour ses jours en institution d'hébergement pour personnes âgées : « *ici, on n'en ressort pas vivant.* »

Ce qui frappe la première fois que l'on visite des maisons de retraite médicalisées, c'est le rassemblement dans un même lieu d'autant de très vieilles personnes diminuées physiquement ou mentalement qui semblent être prises chacune dans leur propre isolement, donnant l'impression d'être seules parmi les autres. Ce n'est pas tant leurs handicaps physiques ou leurs fragilités psychiques qui impressionnent le plus, que le profond désœuvrement dans lequel elles se trouvent. Un ennui et un isolement que l'on peut mesurer au travers de la formidable attente que suscite une présence extérieure. Un simple « *bonjour* » adressé aux

---

<sup>57</sup> Cf. Ploton, 1982.

<sup>58</sup> Nous ne disposons pas de grandes enquêtes sur les catégories sociales qui fréquentent les établissements pour personnes âgées. En 1998, à l'occasion de la première vague de l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance un peu moins de 7 000 personnes âgées vivant en institution (maison de retraite ou services de soins longue durée) ont été interrogées. Il ressort que 46,1% étaient d'anciens ouvriers ou employés, la composition sociale du salariat en 1999 étant pour la même population de 54 % selon l'INSEE - recensement de la population et enquête emploi. 8,1 % était des professions intermédiaires, leur poids dans les PCS est de 23 % environ. Seulement 2,8 % des personnes âgées en établissement étaient des cadres supérieurs alors que la population de 60 ans et plus vivant à domicile est trois fois supérieure. Par contre 18,8% étaient des agriculteurs exploitants ou des indépendants soit près du double de leur représentativité actuelle dans le monde du travail. A noter aussi que 13 % de résidents qui n'ont jamais exercé de métier dont une grande part est imputable à des femmes célibataires ou des veuves d'anciens ouvriers. Il semble ressortir de ces données que les personnes qui ont des moyens financiers suffisants, même si elles ont besoin d'aide, sont plus nombreuses à rester au domicile. Cf. Coëffic N., 2001.

personnes assises dans le hall d'entrée, devient comme une fenêtre ouverte vers l'extérieur, vers un monde qu'elles ont définitivement quitté, mais auquel elles aspirent ou rêvent toujours d'appartenir.

En pénétrant plus longuement ces lieux et en travaillant avec les aides-soignantes et parfois avec le personnel d'entretien, nous serons régulièrement témoin de moments de désespoir liés à un sentiment profond d'abandon et d'esseulement. Les moments de plaisir et de gaieté sont plus restreints et souvent plus éphémères, qu'ils soient liés à la visite d'un proche ou à l'organisation d'une manifestation à la maison de retraite. Les situations les plus heureuses sont les amitiés ou amours qui peuvent se créer au sein des établissements entre personnes âgées, mais cela reste peu fréquent. Ces espaces d'hébergement, même lorsqu'ils sont propres, confortables, relativement bien adaptés aux handicaps des personnes, n'en demeurent pas moins des lieux vides de sens où l'on se sent isolé, ce qui rend plus difficile encore le deuil de son espace antérieur.

*« Ici je suis bien, c'est ma deuxième maison, le personnel est gentil »* nous dit Madame Roseline Pastillo en présence d'une aide-soignante qui lui sert le petit déjeuner sur un plateau. Quelques minutes après, elle s'effondre en larme et nous raconte la mort récente de son fils qui lui avait promis de s'occuper d'elle, pour lui éviter la maison de retraite.

Monsieur Marc Demis est fatigué et déprimé ce matin quand l'aide-soignante Babeth arrive. Il refuse qu'on le lave, veut seulement qu'on lui change son tricot de corps dans son lit, ce qu'elle fait. L'aide-soignante Babeth lui demande à plusieurs reprises :

*"- Qu'est-ce qui ne va pas Monsieur Demis ?*

*(Long Silence) - Depuis trois ans, je n'ai pas vu ma maison.*

*- Jeudi quand je vous ai quitté vous aviez le sourire.*

Il se met à pleurer silencieusement

*- Faut pas pleurer, Marc. Si quelqu'un de votre famille vient vous voir et que vous pleurez, il ne sera pas content, il faut penser aux autres, c'est sûr ce n'est pas facile."*

En sortant de la chambre, Babeth me confiera qu'elle avait elle aussi envie de pleurer lorsqu'elle lui parlait. Marc Demis décèdera quelques jours plus tard sans avoir revu sa maison.

## Les conditions préalables à l'enfermement : le déni du vieillard

### La construction sociale de la vieillesse à la fin du XX<sup>e</sup> siècle

En France, les personnes qui dans les années 70, sont arrivées à l'âge de la retraite, ont participé de la création du mythe de « l'âge d'or ». Elles ont été plus nombreuses à pouvoir tirer leur épingle du jeu avec une retraite à taux plein les mettant à l'abri du besoin et leur permettant de bénéficier d'un certain niveau de revenu<sup>59</sup>. En relative bonne santé, elles sont devenues une cible privilégiée de la société de consommation qui leur a vendu une large palette de services tournés vers les loisirs, les activités physiques, le soin du corps, l'aménagement de leur logement... S'insérant dans les mailles de la société productive, en prenant une place active dans le lien générationnel avec leurs ascendants et descendants, ces « *jeunes vieux* » se devaient de rester actifs. Ils ont introduit de nouvelles bornes du « bien vieillir », ont contribué à donner une image « heureuse » des sexagénaires. Pour autant, ils n'ont pas été porteurs d'une nouvelle représentation de la vieillesse. Ils n'ont fait que repousser de quelques années l'image stigmatisante de la vieillesse du corps usé aux capacités amoindries, au-delà dès 80 ans. L'allongement de l'espérance de vie, sous-tendue par les progrès de la médecine et l'élévation globale du niveau de vie, a repoussé les taux moyens de morbidité et de mortalité - même si ces victoires sont relatives et distribuées de manière inégalitaire selon les classes sociales, les sexes, les nationalités. Une évolution qui n'a fait qu'accentuer la distance entre nous « les vivants bien portant » et eux « les presque morts ». « *Le " troisième âge " est moins un âge qui vient s'interposer entre l'âge mûr et la vieillesse que la négation de la vieillesse* » et Rémi Lenoir (1979) de rappeler l'idée développée à la fin des années soixante que la « *vie commence à 60 ans* ».

---

<sup>59</sup> « En 1960, 2,5 millions de personnes de plus de 65 ans sur un total d'environ 5,5 millions percevaient une allocation complémentaire versée par le Fond National de Solidarité créé en 1956. La situation s'est progressivement améliorée et de 1970 à 1995 les revenus des retraités (personnes de plus de 60 ans) se sont accrus de 20 %. Aujourd'hui, les revenus sont légèrement supérieurs à celui des actifs si l'on inclut les revenus du patrimoine qui représentent 25 % de la totalité de leurs ressources, contre 10 % pour les actifs. Mais les disparités au sein des retraités restent très fortes. Le rapport entre la catégorie « ouvrier » et la catégorie « cadre » est de 1,4. Les disparités entre les sexes sont également importantes. Les retraités vivant seuls, en grande majorité des femmes, ont des revenus plus faibles que ceux qui vivent en couple. La hausse de la pension moyenne et la position relative des retraités par rapport à certaines catégories d'actifs n'exclut pas que la situation individuelle des retraités a pu se dégrader dans une période récente. Globalement c'est entre 45 ans et 75 ans que les personnes sont financièrement les plus à l'aise. » Cf. : Population et Sociétés, avril 2000. Voir aussi : Chaput H. & Raynaud E., 2003 et ODAS, 2003.

Après avoir inventé le « troisième âge » pour ceux qui ont quitté le monde de la production, les sociétés capitalistes de l'après guerre ont re-découpé la vieillesse en créant le « quatrième âge », celui des incapacités physiques et mentales et des maladies incurables. Comme le montre Annette Langevin<sup>60</sup> dans un article sur “ *La construction des bornes d'âge* ”, « *le seuil d'entrée dans l'âge “ vieux ” a été chiffré à partir d'un compte à rebours partant de la sénilité et de la mort escomptée.* » Les statisticiens, ont largement contribué à construire un champ de la vieillesse organisé autour de critères d'âge. Ils ont fait des estimations sur la base de nouveaux indicateurs qui se sont développés dans les années quatre vingt comme l'espérance de vie sans incapacité, notée EVSI<sup>61</sup>, créant ainsi de nouvelles populations cibles. En établissant des ratios entre l'espérance d'entrée à la retraite et l'âge d'entrée dans le quatrième âge, notre société marchande a créé les conditions d'une tension inter-générationnelle qui conduit à appréhender le grand âge en terme de coût social et économique et à identifier les « *vieux vieux* » à de potentiels malades ou des handicapés. Un point de vue qui tend à les marginaliser et les isoler encore plus en les stigmatisant. Déniés de toute place sociale et de tout rôle public (en dehors de la place réservée à certains « Grands Hommes » du domaine politique, culturel...), la société les place en situation de manque, contribuant ainsi à forger leur vulnérabilité et par voie de conséquence leur dépendance. Et les politiques de la vieillesse nous le rappellent, qui organisent des systèmes d'aides centrés sur l'assistance, hier des plus déshérités, aujourd'hui de ce que l'on appelle les « dépendants ».

Dans la représentation dominante de notre société de consommation « *le vieux n'est pas riche de la durée, il est pauvre de ce qui lui reste à vivre* » comme nous l'affirme Bernadette Veysset (1989). Si la durée est associée à la puissance et à la force, l'usure est du côté du « *changement lent, sournois, insidieux ... qui progresse imperceptiblement jour après jour, rend le corps fragile, plus transparent à la mort, fait que le même devient différent.* »

Ces vieillards ne sont plus une cible aussi privilégiée pour la société de consommation, sauf sur son versant médico-social. Ils ne sont plus des consommateurs directs qui font des choix, mais des consommateurs captifs, aux champs de dépenses plus limités centrés fortement sur la santé, les soins du corps.

---

<sup>60</sup> Cf. Langevin, 1997.

<sup>61</sup> Cf. Robine et Colvez, 1984.

Les idées de solidarité qui ont contribué au fondement du système de protection sociale après la deuxième guerre en France se trouvent aujourd'hui affaiblies, alors que les inégalités sociales ne cessent de peser, les tensions inter-générationnelles sur le marché du travail se renforcent, aggravées par l'épineuse question du paiement des retraites à venir. Les processus d'exclusion et de stigmatisation regagnent du terrain, ils vont de pair avec l'image du vieillard dépendant qui coûte à la société. Dans un contexte de compétitivité internationale, de restriction des choix budgétaires, les politiques de la vieillesse ne sont pas au centre des enjeux. Elles ont été dans toute la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle assez largement déconnectées des politiques de retraites.

Cette relégation de la vieillesse va de pair avec un refoulement de l'idée de la mort. C'est une tendance forte de nos sociétés, qu'a analysé Nibert Elias (1998), dans « *La solitude des mourants* ». Elle peut commencer tôt, en fait, dès que la personne se sent en état de fragilité et qu'elle ne peut plus affronter les actes de la vie ordinaire. Le déclin va de pair avec un certain isolement. Dans l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) réalisée par l'INSEE pour la période comprise entre octobre 1998 et décembre 2001, 800 000 personnes de plus de 60 ans souffrent d'une dépendance<sup>62</sup> parmi lesquelles un tiers environ sont hébergées en établissements collectifs. Il y aurait beaucoup à dire sur cette manière de découper et définir la vieillesse<sup>63</sup>, mais quelle que soit la construction sociale de la réalité que l'on fait en construisant une catégorie floue de la « dépendance » que l'on amalgame dans cette enquête avec deux autres notions, celles de handicaps et d'incapacités, nous pouvons faire le constat que les personnes âgées, sont hors de la vue dès lors qu'elles ne sont plus en bonne santé, qu'elles soient chez elles ou en institution. Elles sont neutralisées socialement, n'occupant plus la scène publique, n'investissant plus les lieux publics. Les conséquences de leur mise en invisibilité sont humainement très graves. Il est à ce propos significatif de constater, comme l'a fait remarquer Paulette Guinchard-Kunstler dans son rapport « vieillir en France »<sup>64</sup>, que sur les 11 000 suicides enregistrés chaque année, la moitié concerne les plus de 55 ans. Jean Maisondieu<sup>65</sup> reprend ces données et dénonce cette mise au ban de la vieillesse au grand dam des vieillards qui aboutit à une alternative monstrueuse du suicide ou de la démence. « *Nous devons nous entretenir pour vivre longtemps mais nous n'avons pas le droit d'être*

---

<sup>62</sup> Estimation à partir de l'outil AGGIR pour les personnes évaluées dans les équivalents GIR 1 à 4. On passe à 530 000 si l'on ne retient que les personnes en équivalent GIR 1, 2, 3. Ceux que l'on a coutume d'appeler les grands dépendants. Cf. Bontout O., Colin C. & Kerjose R., 2002.

<sup>63</sup> Cf. Ennuyer, 2002, pp. 152-161.

<sup>64</sup> Cf. Guinchard-Kunstler, 1989.

<sup>65</sup> Cf. Maisondieu, 2003.

vieux.(...)Celui qui avance en âge, s'il n'arrive plus à faire illusion, ou tout le moins, à paraître bien-conservé-pour-son-âge, celui-là n'a que l'alternative du diable : se suicider pour mourir dans la dignité ou accepter l'exil pour sous-vivre dans l'indignité de la dépendance démentielle jusqu'à ce que mort s'ensuive.» Nous reviendrons sur la démence en établissement, lorsque nous parlerons des espaces qui leurs sont réservés en institutions gérontologiques.

Qu'ils soient modestes ou luxueux, ce que l'on demande aux lieux d'hébergement pour personnes âgées c'est de ne pas faire parler d'eux. Il aura fallu attendre la canicule d'août 2003 avec son triste bilan de près de 15 000 morts<sup>66</sup>, pour que la situation des personnes très âgées sorte un peu de l'anonymat. La mortalité en établissement d'hébergement pour personne âgées a elle aussi été forte. « *La surmortalité du premier au quinze août 2003 par rapport aux trois années précédentes a été très élevée, de l'ordre de 40 % sur l'ensemble du territoire*<sup>67</sup> », ce constat indique que l'isolement au domicile est loin d'être le seul motif d'aggravation d'une telle hécatombe. Comme le mentionne dans son introduction, le rapport d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule<sup>68</sup>: « *les personnes âgées sont trop souvent invisibles, invisibles lorsqu'elles continuent à vivre plus ou moins « comme tout le monde », grâce à l'élévation des niveaux de vie et aux progrès de la médecine, mais aussi invisible dans l'isolement, dans l'indifférence, voir dans une mort dont on ne se préoccupe guère d'élucider les causes tant qu'elle n'apparaît pas « épidémique » comme cet été.* »

La grande vieillesse centrée sur la pathologie et le handicap a eu pour effet de ne plus parler des différences sociales et économiques des vieux entre eux. Dans la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle, l'augmentation globale du niveau de revenu des retraités, l'arrivée croissante d'une population retraitée de plus en plus âgée et la pathologisation de la vieillesse ont contribué à requalifier la marginalité sociale et économique d'antan, en maladie. Il y a eu rejet de la gestion de la vieillesse indigente et des institutions qui les accueillaient. L'aire du soin a marqué, en quelle sorte, la fin de l'hospice qui a été rebaptisé dans les années soixante dix maisons de retraite d'une part et longs séjours d'autre part. Ce mouvement de médicalisation s'est accompagné d'un souci d'humanisation et de renforcement des normes d'hygiène. Pour

---

<sup>66</sup>Cf. BEH, 2003.

<sup>67</sup> Cf. Lalande, Legrain, Valleron, Meynier, Fourcade, 2003.

<sup>68</sup> Cf. Jacquat, 2003.

lutter contre l'insalubrité et la promiscuité qui pouvait régner dans les hospices, de nouvelles normes ont été imposées aux structures d'hébergement.

Si l'emblème devient à partir du milieu des années quatre-vingt : « confort - accueil - médicalisation »<sup>69</sup> dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées, la figure du vieux démuné n'a pas pour autant disparu, et ce, même si on la retrouve plus fortement dans le secteur du sanitaire en hôpital long séjour. La pauvreté des vieux sous prétexte qu'elle s'est réduite tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, semble subitement avoir disparu derrière les progrès de la médecine et la prise en charge par le corps médical de la vieillesse. Un changement de perspective qui permet d'occulter la question des inégalités sociales. En 1997<sup>70</sup>, trois millions de personnes percevaient une retraite inférieure au minimum vieillesse soit 3 400 Francs, ce qui revenait, une fois les différents éléments de revenus pris en compte à ce que 800 000 personnes touchent le minimum vieillesse.

Il nous faut revenir sur ce basculement des politiques sociales et cette pathologisation de la vieillesse pour mieux comprendre la situation des personnes très âgées aujourd'hui en établissement d'hébergement et celle des aides-soignantes, par ricochet. Des femmes, dans leur écrasante majorité, qui s'occupent quotidiennement et dans la durée des personnes âgées et qui ont un emploi peu qualifié. Une interrogation spécifique de l'enquête emploi pour les années 2000, 2001, 2002, nous apprend que 88,3 % des aides soignantes travaillant en établissement d'accueil pour personnes âgées sont des femmes<sup>71</sup>.

### ***Du vieillard indigent à la personne âgée, bref détour historique.***

L'époque du « grand renfermement », selon la formule employée au XVII<sup>e</sup> Siècle, voit la mise en œuvre de l'hôpital général - Bicêtre ou La Salpêtrière - qui cohabite avec les prisons et dépôts de mendicités. Ces institutions répondent au souci de faire régner l'ordre, de lutter contre les errants et les vagabonds et d'abriter les « victimes de maux incurables » comme les malades mentaux ou les vieillards indigents. Avec la chute de l'ancien régime et l'avènement du légalisme<sup>72</sup>, les modalités d'entrée et de prise en charge des personnes recluses vont évoluer, selon des processus et des jeux d'acteurs nouveaux décrits notamment par Robert

---

<sup>69</sup> Cf. Labayle, 1995, p.191.

<sup>70</sup> Cf. Coëffic N., 2000.

<sup>71</sup> Elles sont 79,4% quand elles travaillent en services hospitaliers.

<sup>72</sup> Cf. la fin des lettres de cachets.

Castel<sup>73</sup>. Ils vont progressivement se différencier des institutions spécifiques et conduire à une segmentation des populations enfermées.

Sur la base de discrimination sociale, la société libérale post révolutionnaire va opérer un découpage entre la pauvreté valide qui doit rejoindre le travail et la pauvreté malade qui reste enfermée<sup>74</sup>. Plus tard, la forme prison va être dissociée de la forme de l'asile, l'assistance et la répression ne vont plus être traitées ensemble, les déviants et indigents seront progressivement séparés. Distribution de secours à domicile, hôpitaux, hospices et maison de répression vont être identifiées. Les institutions d'enfermement vont d'une certaine manière se durcir en se rationalisant et se centrant sur des populations plus ciblées : « *La rationalité répressive triomphera en dissociant plus finement des types de craintes et en leur associant des technologies spécifiques pour les exorciser* »<sup>75</sup>. Sur la base d'une technologie médicale qui élabore de grands tableaux de nosographies, cette médecine des espèces du XVIII<sup>e</sup> siècle que décrit Michel Foucault<sup>76</sup>, va progressivement classer de manière frustre puis de manière fine, les catégories de malades, séparant notamment les curables des incurables et consacrant de fait une autre partition entre les indigents et les malades. Avec les progrès de la médecine, l'hôpital va devenir la pierre angulaire de l'organisation des soins. La loi de 1941 l'ouvrira à toutes les catégories de malades, sans distinction de leurs origines sociales.

La prise en compte spécifique des vieillards assistés dans le dispositif médical d'assistance interviendra tardivement dans le processus de différenciation hospitalière, comme le rappelle Hélène Thomas<sup>77</sup>. Les nouvelles politiques sociales du milieu du XX<sup>e</sup> Siècle vont autonomiser les anciens « infirmes incurables », attribuant aux premiers le statut d'handicapé et aux seconds celui de personnes âgées. Des structures spécifiques vont se créer pour les adultes handicapés et pour les personnes âgées. Une politique médico-sociale du « troisième âge » va s'élaborer faisant apparaître de nouveaux spécialistes. Les gérontologues vont faire valoir le besoin de leur service sur la base d'une conception nouvelle du vieillissement. Ils vont être, avec les démographes, des acteurs influant dans le processus de stigmatisation de ces populations, légitimant « scientifiquement » les nouvelles politiques sociales de ce champ. La construction sociale des personnes âgées va supposer des orientations politiques précises,

---

<sup>73</sup> Cf. Castel, 1978.

<sup>74</sup> Op.cit., p 80

<sup>75</sup> Op.cit., p 81.

<sup>76</sup> Cf. Foucault, 2000.

<sup>77</sup> Cf. Thomas, 1996.

s'accompagner d'une sélection des individus, d'un personnel ad hoc et d'une légitimation morale et sociale à dominante médicale.

Arrêtons-nous un instant sur ces politiques sociales, non pour les analyser finement<sup>78</sup>, mais pour relever les points saillants qui nous semblent concourir à la construction sociale contemporaine de ceux qui sont appelés aujourd'hui des « dépendants »<sup>79</sup>.

Nous avons vu que le regard socio-assistanciel qui repère et aborde les vieillards par la question de la pauvreté va laisser progressivement la place à un regard socio-médical qui traite les « personnes âgées ». Mais avant cela, les politiques sociales vont progressivement s'intéresser aux « modes de vie » avec la mise en place puis la diffusion du système des retraites. La question des « modes de vie »<sup>80</sup> va prolonger celles des « niveaux de vie »<sup>81</sup>. C'est à ce moment de relative prospérité que va se développer une critique sociale forte sur le sort des vieux placés dans les hospices aux conditions de vie dégradées. Cette indignation va participer de la promotion du maintien à domicile de ces personnes âgées qui figure dans le rapport de la commission d'étude coordonnée par Pierre Laroque en 1960 et 1961. Pour prévenir le risque de perte d'autonomie, les politiques publiques expriment une volonté d'intégration sociale et économique de ceux que l'on n'appelle plus les vieillards mais les « personnes âgées »<sup>82</sup>. Cela va avec l'idée d'une retraite bien remplie, d'une participation à la vie de la cité en s'impliquant par exemple dans le monde associatif par le bénévolat. C'est aussi l'époque de la création des clubs du troisième âge, des voyages organisés pour personnes âgées.... Ce modèle du « troisième âge » actif et consommateur est toujours agissant aujourd'hui, alors que le modèle dit intégrateur qu'il était censé propulser a été oublié et est venu s'échouer aux portes du « quatrième âge » et de la crise économique des années soixante dix / quatre-vingt.

---

<sup>78</sup> Cf. Travaux d'Anne-Marie Guillemard ou de René Lenoir mis en bibliographie.

<sup>79</sup> Nous faisons ainsi implicitement l'hypothèse qu'en traitant des populations qu'elles ont préalablement défini, les politiques sociales et les acteurs qui les promeuvent, produisent du sens et participent de la représentation de la vieillesse qui se décline ensuite au niveau singulier pour l'individu stigmatisé comme au niveau pluriel dans un projet de société.

<sup>80</sup> Cf. Guillemard, 1986.

<sup>81</sup> Période qui se caractérise par une série de mesures sociales dont la création du fond national d'assurance maladie le 30-07-1956 pour ceux qui en sont exclus - notamment les indépendants - et d'un « minimum vieillesse » pour ceux qui n'ont pas accès au système des retraites qui est en train de se généraliser.

<sup>82</sup> Nous emploierons fréquemment ce terme dans la suite de cette recherche malgré sa connotation historique et son caractère assez euphémisé, tant l'expression est passée dans un usage courant. Nous préférons les dénominations de « vieux » ou de « vieilles », mais leurs usages sont devenus assez péjoratifs, pour cette raison nous les avons plus rarement utilisés.

Dans ce début des années soixante, on va progressivement isoler la vieillesse et en faire un problème social autonome à partir d'une vision individuelle centrée sur le vieillissement corporel et psychique. On passe de la vieillesse indigente et percluse à une vieillesse qui se veut active et retraitée. Cette vieillesse « heureuse » se construit sur l'idée de l'occultation de la mort. Une occultation qui ressurgit - d'autant plus fortement qu'elle est déniée - sous forme de menace sociétale, à partir de la peur du vieillissement démographique et biologique.

Les démographes vont relayer cette peur. Ils vont délimiter le vieillissement collectif en établissant des catégories d'âge, les plus de soixante ans, soixante-cinq ans, quatre-vingt ans... Ils vont ainsi donner de la vieillesse, l'idée d'une étape incontournable dans le processus de la vie, commune à tous. Ce découpage quantitatif permet de dé-contextualiser la vieillesse, de l'isoler dans une classe d'âge dont la borne supérieure est marquée par la barrière angoissante de la mort et dont la borne inférieure est marquée grosso modo par le retrait de l'activité professionnelle. Ils vont permettre que se diffuse un discours menaçant sur la question du faible renouvellement des générations et du vieillissement de la population, contribuant ainsi à la diffusion d'une image de la vieillesse qui coûte à la société. La « commission Laroque » fait par ailleurs ce constat : « *le vieillissement entraîne progressivement mais de manière inéluctable des conséquences dans tous les domaines de la vie nationale, il grève les conditions d'existence de la collectivité française* ». Cette pensée permettra que se développe dans les décennies qui suivront une approche mécaniste des relations entre vieillissement démographique et dépenses sociales. La vieillesse devient une charge collective qui menace tous les autres membres de la société.

Ce découpage en terme d'âge permet également de passer sous silence les différences sociales et de masquer les rapports sociaux. Les acteurs des politiques publiques seront aidés en cela par les gériatres et les gérontologues qui raisonnent : « *toute chose égale par ailleurs* ». Ces médecins, pour leur plus grande majorité, vont construire une représentation de la vieillesse à l'intérieur de ces catégories d'âge. Ils développent une science centrée sur le vieillissement biologique qui renvoient à l'idée selon laquelle tous les phénomènes de sénescence ont comme « *dénominateur commun ... la diminution progressive de cellules dans les différents tissus une fois terminée la période de croissance.* <sup>83</sup> » L'individu est ainsi appréhendé dans sa globalité à partir des manifestations physiologiques de son corps et de son esprit selon des

---

<sup>83</sup> Cf. Encyclopaedia Universalis.

processus intangibles qui conduisent à la mort. Les caractères inéluctables et universels de ces processus ne peuvent être remis en cause, mais seulement nuancés à partir de la notion de vieillissement différentiel. François Bourlière un des fondateurs de la gérontologie<sup>84</sup> écrit ainsi : « *Si l'allure générale des phénomènes de sénescence est plus ou moins semblable chez tous les individus, quel que soit leur niveau socio-économique, il n'en demeure pas moins que tous les membres d'une population donnée ne vieillissent pas au même rythme.* » Les inégalités sociales et économiques sont dans ce type d'analyse occultées, la santé est coupée de ce type d'analyse. Le projet gérontologique est d'objectiver, selon des processus et faits scientifiques, la vieillesse et de légitimer l'idée d'une médecine préventive « *pour permettre à un nombre croissant de personnes âgées d'avoir une vie normale et sans handicap* » comme l'écrit Henri Péquiot<sup>85</sup>. Le vieux est celui qui se protège, ou que l'on protège, en développant des comportements volontaires de préservation et d'auto-préservation. C'est celui qui se fraie un chemin entre les « *morts prématurées* » et les risques de « *pathologies nouvelles ou aggravation de troubles latents* » dont la probabilité s'accroît avec l'avancée en âge.

C'est ce qui fait dire à Henri Péquiot, lorsqu'il parle du caractère cumulatif de la pathologie, que le « *vieillard est une résultante* », un survivant en quelque sorte. Il se doit de lutter contre l'affaiblissement (inéluctable) de ses fonctions vitales et psychiques pour être en meilleure santé possible, le plus longtemps possible. L'idée sous-jacente est qu'une fois la maladie installée, elle prend possession de l'être. Il faut pour la tenir à distance, se tenir à distance de soi-même, s'objectiver, comme le médecin objective la pathologie du malade. Ce qui risque de conduire à une certaine dépossession de soi. Laurent Cabotte<sup>86</sup> résume ainsi ce danger, « *la médecine apporte le modèle de résignation et, à l'image du médecin, la personne âgée doit regarder son vieillissement comme un processus physiologique, prévisible et commun ; elle ne doit pas s'en cacher ni, non plus, penser l'événement comme un fait écrasant sa singularité. Ce type d'information, dans son principe, met la personne dans la situation d'être son propre observateur : l'être singulier, l'individu, anticipe le vieillissement et s'en protège* ».

Ce qui rend novateur le regard des gérontologues, par rapport aux gériatres notamment, c'est qu'ils sont moins centrés sur l'étude des différentes pathologies, et qu'ils analysent les dynamiques de vieillissement en faisant intervenir des éléments de l'histoire sociale de la

---

<sup>84</sup> Il a écrit en 1955 un précis de gérontologie avec Léon Binet.

<sup>85</sup> Cf. Op. cit.

<sup>86</sup> Cf. Cabotte, 2000.

personne en préconisant des actions en terme de modes de vie pour agir de manière préventive. C'est ainsi que tout un pan de la gérontologie, appelé gérontologie sociale, étudie les conditions de vie des personnes âgées. « *Les recherches sociales aident à dégager les facteurs psychologiques et sociologiques qui aggravent ou qui, au contraire, allègent* » la situation des vieillards, comme nous le fait remarquer Paul Piallat<sup>87</sup>. Ici encore le point de vue médical reste dominant et les facteurs socio-économiques contingents. Ils font partie de l'environnement. L'investigation clinique reste au cœur de la réflexion et avec elle l'image d'un individu biologique. Les gérontologues partagent en cela le même parti pris positiviste que les gériatres. Ils participent aux politiques sociales de la vieillesse ce qui témoigne de leur pouvoir d'influence.

Les politiques sociales dirigistes et planificatrices des années soixante, vont s'emparer des représentations des gérontologues et se donner comme objectif de garantir les ressources nécessaires à la bonne adaptation des personnes à leur future vieillesse, en veillant à ce que les modes de vie antérieurs à la période de vie professionnelle ne s'effondrent pas. C'est par l'activité et la prévention individuelle qu'elle va agir, offrant ainsi une garantie de moyen. On voit ici à l'œuvre la volonté d'intégration qui s'exprimera aussi dans la structuration de l'aide à domicile pour les personnes âgées.

***La mise en place d'un modèle « assistantiel curatif » et l'émergence des personnes âgées dites « dépendantes ».***

La crise de la société industrielle à partir du milieu des années soixante dix se traduit par un rationnement du travail et la mise à la retraite anticipée de tout un groupe de salariés vieillissants. Ce choix rendra caduque la précédente politique d'intégration du « troisième âge » entraînant une logique de discrimination de l'âge dans le travail. Plus que jamais, ceux qui sortent de la sphère productive, vont être considérés comme des improductifs dépendants à la charge de la collectivité. Ces improductifs dépendants vont être circonscrits dans un espace que l'on dénomme le « quatrième âge ».

Ce « quatrième âge » vient consacrer la nouvelle conception de la vieillesse médicalisée. Les mesures qui vont être mises en place, sont tournées prioritairement vers la dimension curative

---

<sup>87</sup> Cf. Encyclopaedia Universalis.

au détriment du versant préventif. On va revenir aux mesures d'assistance financées et gérées cette fois par les départements dans le cadre de la décentralisation des politiques sociales. Mais la nature de l'assistance va changer. Il s'agira plus tant d'assistance sociale que médicale. Ainsi avec la mise en place de la prestation spécifique dépendance en 1997 (la PSD) puis de l'allocation personnalisée autonomie en 2001 (l'APA), le revenu n'est appréhendé que dans un second temps, une fois le niveau de dépendance de la personne âgée établi, à partir de critères « scientifiques » centrés sur les besoins physiologiques des individus<sup>88</sup>. Pourtant les « *vieux économiquement faibles* » comme on les appelait dans les années cinquante n'ont pas disparu.

Dans cette dernière partie du XX<sup>e</sup> siècle, les vieillards nécessiteux, les vieux malades chroniques d'antan se sont métamorphosés en « personnes âgées dépendantes », pour n'être plus que des « dépendants ». D'adjectif, la notion de dépendance va devenir un substantif sensé définir entièrement la personne pour mieux la prendre en charge et l'exiler des autres catégories de population. Une appréhension médicale de cette population de personnes âgées va conduire à ne plus l'appréhender qu'en termes de manques et d'incapacités fonctionnelles ou cérébrales. Cette image rejoint et alimente la vision politique dominante actuelle, centrée sur les dépenses, qui résonne plus en termes de prise en charge que de prise en compte de la personne, une logique économique de type comptable calculant les coûts/avantages en séparant les groupes d'individus. Une conception qui augure de politiques ségrégatives que dénonce Jérôme Pellissier dans un propos plus large sur la politique actuelle des soins en France, « *Face à la domination des impératifs gestionnaires, face à des dépenses toujours plus rationnées pour certains domaines, dont celui des soins, on fait porter le débat sur... ceux qui le méritent : jeunes ou vieux, travailleurs ou inactifs, et pourquoi pas malades du sida ou malades du cancer, « Parkinson » ou « Alzheimer » ? Autrement dit, on ne se demande plus comment partager les soins, mais qui sacrifier.* »<sup>89</sup>

Cette appréhension stigmatisante de la grande vieillesse tend à se diffuser fortement, imprégnant tous les esprits. Le débat rappelé par Bernard Ennuyer sur la séparation du champ du handicap de celui de la dépendance, dans le milieu des années soixante-dix jusqu'au milieu des années quatre vingt dix, est à ce sujet symptomatique de la propagation de cette vision. Il

---

<sup>88</sup> Cf. dans la deuxième partie, la présentation de l'outil de classement AGGIR (Autonomie Gérontologie-Groupes Iso-Ressources).

<sup>89</sup> Cf. Pellissier, 2003, p.271.

rappelle que, « sous la pression du découpage de la société en catégorie d'âge et de la mauvaise image de marque de la vieillesse, considérée comme définitivement exclue du monde de la compétition, les associations des handicapés vont se battre pour distinguer les « adultes handicapés » des vieux dépendants, le handicap étant alors le statut social, qui ne peut qu'être dévalorisé, s'il est aussi l'attribut de la vieillesse<sup>90</sup>. » Il cite, pour appuyer son propos, la réponse du président de l'association des paralysés de France qui s'insurge contre la proposition du livre blanc de l'autonomie<sup>91</sup> qui préconisait de ne plus parler de dépendance, mais de handicap, pour les personnes âgées. « Le handicap touche tout d'abord des publics jeunes qui doivent, seuls ou avec l'aide de leurs proches, construire un projet de vie depuis l'école maternelle jusqu'à l'emploi, en englobant tous les aspects de la vie sociale. Or cette question ne se pose plus à la vieillesse (...) je maintiens que la distinction entre personnes âgées dépendantes et handicapées se justifie tout à fait ».

La vieillesse sous prétexte qu'elle n'a plus d'avenir est mise au ban de la société. On ne l'appréhende qu'au travers d'attributs négatifs. Elle doit se différencier des autres populations et porter sur elle, notamment au travers de son appellation, les stigmates de son exclusion. Les vieux sont objectivés à partir de la construction de catégories statistiques ou biologiques. Ils ne sont plus appréhendés en tant qu'être humain partie prenante de la société. Et lorsqu'on pense leur niveau de dépendance - l'APA en est un bon exemple - c'est pour mieux occulter leur interdépendance avec les autres membres de la société. Ce n'est pas pour aborder la question du lien avec la communauté d'appartenance, mais les pertes physiques ou psychiques qui obligent la famille, les médecins, les soignants... à s'occuper d'eux, les prendre en charge, d'une manière unilatérale. On les isole tout en les gardant en meilleure santé possible pour se donner bonne conscience.

Les politiques sociales récentes ont remodelé la population des personnes âgées sans lui avoir fait perdre son image repoussoir alors que des avancées médicales et sociales ont permis l'allongement de l'espérance de vie. On aboutit à ce que Anne-Marie Guillemard<sup>92</sup> décrit comme « le paradoxe de l'Europe des douze d'avoir marqué une victoire indéniable sur l'allongement de la vie humaine, ainsi que d'être parvenue à assurer un niveau élevé de

---

<sup>90</sup> Cf. Ennuyer, 2002, p. 255.

<sup>91</sup> Après le « Livre Noir de la P.S.D. », le Comité National des Retraités et des Personnes âgées (C.N.R.P.A.) et les organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil des personnes âgées en établissement ont écrit le « livre blanc, pour une prestation autonomie ».

<sup>92</sup> Cf. Guillemard, 1991.

*ressources de transfert des retraités, tout en ayant, simultanément, dévalorisé et exclu socialement la population âgée ... Les politiques sociales sont impossibles à conduire dès lors qu'elles ne sont que des adjuvants de l'économie, sans projet particulier pour les populations qu'elles traitent* ». On a réussi à faire vivre plus longtemps les personnes âgées mais on ne sait pas quelle place leur donner dans la société.

Nos sociétés occidentales sont entrées dans le fantasme de ce que Louis-Vincent Thomas appelle l' « a-mortalité ». Les vieux ne meurent plus guère aujourd'hui de leur « belle mort », mais de maladies, d'accidents, d'excès... Face à ce constat, les personnes âgées n'ont qu'à bien se tenir et faire attention à tout. Dans cette représentation, la mort ontologique est déniée au profit de la mort accidentelle. Cela confère une place, un rôle et un pouvoir exorbitant à la technique médicale et participe de la volonté de vouloir « guérir la mort ». Nous assistons à un déclin de la conception métaphysique de l'immortalité.

*« A l'immortalité dans l'au-delà se substitue l'éventualité d'une a-mortalité ici bas. Cette attitude va de pair avec la peur de mourir qui n'a jamais été si angoissante... »*<sup>93</sup> Cet « *imaginaire du déni* » est puissant. Il se sert de la technique médicale comme d'un appui scientifique à sa propre croyance. Cette conception pénètre fortement les structures d'hébergement pour personnes âgées qui attirent une population très âgée de malades ou d'handicapés en affichant une médicalisation de leur établissement.

### ***La médicalisation des institutions d'hébergement pour personnes âgées au travers des évolutions récentes des maisons de retraite.***

L'âge d'entrée en institution a avancé. Les maisons de retraite sont de moins en moins des espaces pour « jeunes retraités ». Elles sont devenues des lieux pour octogénaires, nonogénaires voir centenaires que l'on a médicalisé. Fin 1998, la moyenne d'entrée en institution gérontologique pour les hommes était de 79 ans et pour les femmes de 84 ans<sup>94</sup>. La médicalisation de la vieillesse semble s'opérer plus que jamais dans ces lieux qui participent de la réduction du regard des personnes âgées, centrés sur les involutions corporelles, occultant comme nous le verrons plus loin, tous les autres paramètres de la vie en société.

---

<sup>93</sup> Cf. Thomas, 1994, p 507.

<sup>94</sup> Cf. Insee, Première, N° 669 – Août 1999.

Cette augmentation de l'âge d'entrée en institution des personnes âgées arrivant de plus en plus avec des handicaps physiques et psychiques importants<sup>95</sup>, a rendu progressivement caduque les séparations définies par les lois de 1970 et 1975<sup>96</sup> qui distinguent d'un côté l'accueil des personnes en relative bonne santé dans les établissements sociaux ou médico-sociaux composés notamment des maisons de retraite et foyers logement et de l'autre, l'accueil des personnes âgées handicapés ou malades dans les établissements sanitaires comme les hôpitaux longs séjours. Les pouvoirs publics ont du s'adapter à cette évolution, en créant des sections de cure médicale « *destinées à la surveillance médicale des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls, les actes ordinaires de la vie*<sup>97</sup> » quels que soient les établissements d'accueil. A la fin des années quatre-vingt dix, 45 % des maisons de retraites publiques et 17 % des maisons de retraites privés possédaient des sections de cure médicale<sup>98</sup>. Le handicap physique et psychique se retrouvent aujourd'hui dans toutes les structures y compris dans certains foyers-logements.

Les établissements qui ont fait l'objet du décret du 22 novembre 1997 portant sur la section de cure médicale voient la médicalisation se poursuivre avec l'application de la réforme de la tarification qui met en place un « plan de médicalisation » sur cinq ans de 2001 à 2006. Une réforme qui est indissociable de la loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et de l'allocation personnalisée d'autonomie<sup>99</sup>. Elle fait apparaître en clair la notion de dépendance et donne lieu à un financement spécifique via l'allocation personnalisée d'autonomie. Les établissements passent d'une tarification binaire portant sur l'hébergement et les soins, à une tarification ternaire comprenant un tarif hébergement, un tarif soin et un tarif dépendance<sup>100</sup>.

Les conséquences de cette médicalisation des structures vont progressivement faire évoluer la structure d'emploi des établissements d'hébergements. En maison de retraite, les aides-soignantes vont fournir la main d'œuvre de base. Elles vont s'occuper des toilettes et nursing à côté des infirmiers salariés chargés de la gestion des médicaments et des soins plus que des toilettes. Toilettes qui vont pouvoir être données dans un certain nombre de cas, à des

---

<sup>95</sup> Une évolution liée en partie au vieillissement général de la population et au développement des politiques publiques d'aide à domicile.

<sup>96</sup> Cf. JO, 1970 et 1975.

<sup>97</sup> Cf. JO, 1977.

<sup>98</sup> Cf. CREDOC, 2002.

<sup>99</sup> Cf. JO, 2001.

<sup>100</sup> Cf. Lutzler, 2002.

infirmiers(ières) libéraux<sup>101</sup> (ales). Le responsable de référence tend à devenir le médecin coordonnateur(trice) ce qui ne fait pas disparaître le rôle du surveillant ou de la surveillante générale, généralement un(e) infirmier(ière) cadre, dont le rôle reste centré sur les questions d'organisation et de gestion quotidienne des personnels.

Madame Roux, infirmière salariée à la maison de retraite publique des Abeilles depuis 1975, nous racontera les répercussions concrètes de cette médicalisation sur sa vie professionnelle.

*« ... c'est vrai aussi que la maison de retraite a changé et c'est tant mieux. En fait, j'ai évolué en même temps que la maison de retraite. Si elle était restée « maison de retraite retraités » - c'est une expression à moi, je n'aurai peut-être pas évolué mais là je me suis remis à faire des électro, je me suis remise à faire un petit peu de technique. Il y a une autre équipe, il y a plus d'aides soignantes, on n'a pas les mêmes fonctions qu'avant. Au départ, j'étais la seule infirmière, je travaillais à mi-temps (...). Aujourd'hui, nous sommes trois infirmières à plein temps. »*

Si l'on regarde la structure des emplois dans les maisons de retraites publiques et privées confondues<sup>102</sup>, on retrouve par ordre d'importance les métiers suivants : les agents de service occupent le premier poste avec 42 % des effectifs, suivis de loin par les aides-soignants diplômés, 17 % des effectifs. Quant aux infirmiers(ères) DEA et cadre DEA, elles représentent 5,6 % des effectifs, les médecins généralistes ou titulaires d'une capacité en gériatrie, 1,7 %. Ce recensement de la Drees dans son enquête sur les Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées (EHPA) en 1996, ne tient pas compte des faisant fonction comptabilisés comme agent de service dénommé agent de service hospitalier (ASH) dans les structures publiques, qui restent encore nombreuses.

---

<sup>101</sup> Nous n'avons pas étudié le travail libéral car il n'existe pas pour le métier d'aide-soignante. Nous avons par contre pu constater des tensions entre les aides-soignantes et les infirmiers libéraux qui effectuent une base commune d'intervention auprès des personnes âgées. Les récriminations ont à voir avec la différence de statut pour une base d'activité similaire, les toilettes. L'implication dans l'organisation de travail est de nature différente dans un cas comme dans l'autre. Les aides-soignantes travaillent dans la durée en institution alors que les infirmiers repartent une fois accomplie la toilette, ils ne reviennent que le soir au coucher. Les salariées se sentent d'avantage en responsabilités vis-à-vis des personnes âgées tout en étant en position de subordination vis-à-vis des infirmiers salariés de la structure. Une certaine négligence, voire un dilettantisme leur est parfois reproché, ainsi qu'un manque de respect du travail accompli par les aides-soignantes voire même par les agents de service.

<sup>102</sup> Cf. CREDOC, 2002, Annexe, p.107.

Une interrogation spécifique de l'enquête emploi sur les trois années 2000,2001,2002<sup>103</sup> nous indique que 22 % des aides-soignantes travaillant dans le domaine de l'accueil de personnes âgées déclarent n'avoir aucun diplôme professionnel ou général ou un CEP ou un BEPC, ce qui laissent supposer qu'elles font-fonction. Cela ne veut pas dire que les 78 % restantes ont le diplôme professionnel d'aide-soignante, mais que 22 % au moins ne l'ont pas. 39 % des personnes se déclarant aides-soignantes dans le secteur de l'accueil aux personnes âgées affirment avoir le diplôme professionnel. Ce dernier pourcentage est très certainement sous estimé mais la réalité des faisant fonction reste forte.

Ces quelques pourcentages nous indiquent que la professionnalisation des personnels en maisons de retraite médicalisées est loin d'être achevée, même si la nécessité se fait de plus en plus forte au fil des ans. La structure des emplois actuelle montre aussi la part congrue réservée au personnel d'animation. Qu'ils soient animateur social ou aide médico-psychologique (AMP), ils ne représentent que 1,4 % des effectifs. Certes la sous-traitance vers des professionnels, animateurs, psychosomaticiens... existe aussi en ce domaine, mais la culture de l'animation reste relativement peu développée et elle est largement secondarisée par rapport à la culture soignante<sup>104</sup>. Elle est souvent plus conçue comme un agrément venant rompre la monotonie des journées. La majorité des AMP font un travail identique aux aides-soignantes, le manque global de personnel d'intervention dans les structures d'hébergement comme en milieu hospitalier pèse fortement.

Les médecins, les infirmiers sont bien moins nombreux en structure d'accueil de personnes âgées qu'en établissement médical. La hiérarchie est moins forte et la marge d'autonomie des aides-soignantes plus grande. Mais cette autonomie ne rime pas toujours avec plus une grande qualification. La polyvalence et surtout l'intensité du travail donne souvent le sentiment inverse aux individus.

Aujourd'hui, les établissements gérontologiques restent des lieux où l'emploi est majoritairement peu ou pas qualifié, avec des pénuries de personnels, notamment soignants. Et ce, alors même que les perspectives d'évolution du public montrent qu'ils vont être

---

<sup>103</sup> Interrogation Céreq à partir des sources INSEE, exploitation des tableaux « DIPL » et « DIET ».

<sup>104</sup> Cf. Moderniser Sans Exclure-sud, 2001.

amenés à accueillir des personnes âgées de plus en plus handicapées pouvant présenter des pathologies psychiques importantes. Les résultats de l'enquête : Handicaps, Incapacités, Dépendances (H.I.D.)<sup>105</sup> font observer que dans plus d'un tiers des cas<sup>106</sup>, la forte dépendance physique s'accompagne d'une dépendance psychique et dans un quart des cas par des problèmes d'orientation ou des troubles de comportement sans lourde perte d'autonomie physique. Les structures d'accueil comme les maisons de retraite vont devoir accueillir une population de plus en plus lourdement dépendante physiquement, cumulant dans un nombre non négligeable de cas, le handicap physique et psychique et dans un autre cas, le handicap psychique seul.

Cette évolution est déjà présente et elle n'est pas toujours bien vécue par les personnels de soins en place. Elle peut susciter une réaction de rejet quand les structures ne sont pas bien équipées et les intervenantes peu formées pour les accueillir. Les aides-soignantes en place peuvent parfois assimiler cette arrivée de personnes plus handicapées ou séniles comme une dégradation supplémentaire de leur travail renforçant ainsi un sentiment de déqualification ou de relégation sociale. Dans un cadre global de pénurie de personnel, cette transformation aggrave la pénibilité et les conditions d'exercice de leur activité.

*« A un moment aux Aves, ce n'était plus une maison de repos. Ils ont voulu faire un hôpital, c'est-à-dire qu'on acceptait tout et n'importe quoi, y compris des gens qui allaient mourir, alors que c'était pas du tout notre truc, les gens grabataires. On a eu des légumes, on a tout eu... Ce qui fait qu'à la fin, plus aucun service n'était maîtrisé. Et moi à la fin, au lieu de me retrouver avec 8 toilettes comme j'en avais un moment où c'était un régal, je me suis retrouvée avec 15 toilettes. »* Anaïs, jeune aide-soignante diplômée à la maison de retraite des Aves.

Cette médicalisation des structures d'hébergement a des répercussions sur l'organisation du travail. Une étude qualitative, à laquelle nous avons participé, qui portait sur le devenir des

---

<sup>105</sup> Enquête INSEE portant sur deux vagues d'enquête à domicile en 1999 et 2001 et en institution 1998 et 2000 qui fournissent une estimation de l'évolution de l'état de dépendance des répondants sur un laps de temps de deux ans.

<sup>106</sup> Soit 295 000 personnes qui correspondent aux groupes Colvez 1 et 2 enregistrant la dépendance lourde qui demande de l'aide pour se lever, s'habiller ou se laver. Cf. CREDOC, 2002.

personnels polyvalents de service et de restauration<sup>107</sup>, nous a permis de dégager un certain nombre de grandes tendances organisationnelles, notamment au sein des structures sanitaires et sociales. Si dans ces petites structures d'hébergement, la tendance globale est toujours à une certaine polyvalence du personnel, caractérisée par une absence de démarcation entre le personnel d'entretien et le personnel de soin aide-soignant, il n'en est plus souvent de même pour les structures plus importantes. Il semble que le développement de la médicalisation des structures d'hébergement soit allé de pair avec un phénomène de spécialisation des tâches et des rôles. Comme nous le constaterons dans la présente recherche, deux filières tendent progressivement à s'autonomiser : celles des soins à la personne, constitué en majorité d'aides-soignantes et celle de l'entretien et de la restauration. Cette dernière filière, pouvant se scinder en deux, si l'établissement décide de sous-traiter la partie restauration. La sous-traitance en matière de nettoyage des locaux n'a pas été rencontrée en structures médico-sociales, contrairement à ce que l'on peut trouver dans certains établissements hospitaliers, par exemple.

Les aides-soignantes ou faisant fonction tendent à se différencier des agents de service et/ou des agents de restauration dans le contenu des tâches. Pour ces dernières, il reste centré sur l'entretien des locaux, le service des repas alors que les aides-soignantes sont dans un contact plus direct et physique avec les « patients » pour des tâches d'hygiène et de soin. Elles ont en charge la surveillance des pensionnaires.

Les maisons de retraite sont actuellement dans une situation transitoire et hybride, caractérisées par un personnel ancien, souvent non diplômé, ayant pu être affecté à des postes aussi variés que la cuisine, l'entretien des locaux, la lingerie, l'aide aux soins, au gré des postes vacants ou des remplacements à effectuer et un personnel d'aides-soignantes diplômés, généralement plus jeunes qui cohabitent plus ou moins bien avec les faisant fonction. Les diplômées peuvent évoluer professionnellement grâce au jeu de la mobilité qui si elle n'est pas verticale - l'accès au titre d'infirmier étant difficile - est au moins horizontale. Ce sont des possibilités de repli lorsque l'usure professionnelle se fait sentir, une alternative que n'ont pas les faisant fonction plus fortement rattachées à leur établissement d'origine en position de plus grande fragilité sur le marché du travail.

---

<sup>107</sup> Cf. Causse, Labryère, Mériot, 2002,a.

Les politiques des établissements tendent à réduire la mobilité des personnels au sein de chacun des deux pôles que sont le soin et l'entretien ou la restauration<sup>108</sup>. Une nouvelle partition se dessine. Les personnels sont progressivement intégrés, dans le groupe des soins à la personne ou à des postes d'entretien ou/et de restauration. L'enjeu pour les femmes faisant fonction est de pouvoir s'inscrire dans la filière soignante, plus valorisante que la filière entretien. Le récit de vie de Marie-Jeanne Orrizo<sup>109</sup> exprime bien cette évolution.

---

<sup>108</sup> Une étude spécifique mériterait d'être faite sur les structures d'hébergement privées de chaîne où l'organisation du travail peut être plus rationalisée et la sous-traitance plus fréquente.

<sup>109</sup> Cf. Les récits de vie, troisième partie.

## **Après l'hospice, les nouveaux modèles de prise en charge des personnes en maisons de retraite.**

Les maisons de retraite médicalisées essaient de rompre avec l'image dévalorisée des hospices, de lutter contre l'image de mouvoir qui leur colle à la peau, contre celle de parent pauvre du secteur socio-sanitaire. Portées par tout un discours ambiant sur la qualité de vie et de soin en institution, traversées par des cultures de services différentes, elles vont tenter d'améliorer leur fonctionnement et leur accueil. L'enjeu est de se montrer accueillant et ouvert à tous les visiteurs potentiels, pour attirer de nouvelles personnes, les sécuriser et rassurer les familles sur les conditions de vie en établissement. De notre observation des maisons de retraite enquêtées et de la lecture d'articles de presse<sup>110</sup>, nous avons dégagé trois types de modèle de service qui semblent aujourd'hui traverser les moyennes ou grosses structures d'hébergement pour personnes âgées.<sup>111</sup>

### **Le modèle de service de type hôtelier**

Un des modèles de référence sur lequel certaines structures vont pouvoir trouver leur inspiration est le modèle hôtelier. Ce modèle émane du secteur privé commercial. Il s'inscrit dans une logique économique marchande centrée sur la notion de service à la personne, qui renvoie à une notion importante de l'économie libérale, la satisfaction du client<sup>112</sup>. Ce modèle touche aussi bien à l'organisation et aux relations de travail qu'à la nature des services offerts.

---

<sup>110</sup> Articles émanant de la presse nationale et de revues spécialisées, pour les années 90-95. Nous avons notamment consulté des revues de presse sélectionnées par une fédération nationale privé pour personnes âgées et par un centre de documentation d'un conseil général.

<sup>111</sup> Les petites structures de moins de 20 résidents n'ont pas été appréhendées ici. Elles se différencient des autres structures et font en partie l'objet d'une législation spécifique. Elles sont à la jonction du système d'accueil familial et des structures collectives d'hébergement.

<sup>112</sup> Cette volonté de changement est moins présente à la maison de retraite des Abeilles. La situation financière de cette dernière semble meilleure et, en tant que structure publique, elle bénéficie des contrats aidés en matière de personnel (CES, CEC et emplois jeunes) ce qui lui donne une plus grande souplesse de fonctionnement. Par ailleurs, son emplacement en milieu rural dans un espace peu concurrentiel et son ancrage historique dans le village lui assure une clientèle pérenne. Cela la contraint moins à repenser une politique d'accueil offensive que les Aves qui sont situés dans une grande ville déjà bien dotée en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Confort, sécurité et qualité de service sont les maîtres mots de ces établissements d'hébergement pour répondre aux nouvelles normes qui leur sont imposées<sup>113</sup> et attirer leurs « hôtes ». Ce modèle tend à se développer pour faire venir des personnes relativement valides qui ne se sentent plus de rester chez elles.

Plusieurs modèles de service peuvent cohabiter au sein d'une même structure. Plus les personnes sont handicapées ou malades, plus le modèle de services s'apparente à l'hospitalier que nous décrirons plus loin. Les structures d'hébergement appelées parfois « résidences » offrent souvent plusieurs espaces en fonction du niveau d'handicap et de la santé des personnes<sup>114</sup>. Cette continuité d'hébergement peut être un argument « commercial » pour attirer une clientèle en lui assurant que, quel que sera son état de santé, elle n'aura pas à changer de lieu.

### *Une relation aux personnes âgées moins familière, plus distante.*

Dans le modèle de service de type hôtelier, les « pensionnaires assujettis » d'antan deviennent des « résidents à satisfaire ». Il s'agit de changer la position de la personne prise en charge pour la faire évoluer vers une position de « client »<sup>115</sup> plus souvent appelée « résident » dans cet univers. Cette logique tend à modifier les relations inter-individuelles avec les professionnels. Une prise de distance entre le personnel et les personnes âgées est demandée, la réserve et la discrétion sont de rigueur. Il s'agit désormais de vouvoyer les résidents et de les appeler en faisant usage de leur nom précédé par le qualificatif de « monsieur » ou « madame ». Une règle qui tend à s'étendre aujourd'hui à toutes les structures d'hébergement pour personnes âgées. Elle prend le contre-pied d'un système de fonctionnement plus « familial » qui a pu donner lieu à des abus de langage par l'usage, parfois intempestif du tutoiement, voire par l'emploi des appellations du type « mami » ou « papi ».

---

<sup>113</sup> Telle que la norme HACCP (Analyse des dangers et maîtrise des points critiques), une approche systématique d'identification, de localisation, d'évaluation et de maîtrise des risques potentiels de détérioration de la salubrité des denrées dans la chaîne alimentaire...

<sup>114</sup> Ce que l'on oublie de dire c'est que ces changements de lieu, même s'ils se font sur un même site, sont souvent vécus comme un nouveau déracinement par les personnes âgées. Ils soulignent et marquent géographiquement leurs dégradations de santé, scandent leur avancée vers la mort. Nous verrons en deuxième partie combien de tels déplacements peuvent être traumatisants.

<sup>115</sup> Cf. Choppart, 1997.

Cette règle ne va pas sans poser de problème au quotidien. Si « cela va de soi » pour certaines personnes âgées, cela peut paraître incongru pour d'autres, des personnes issues de milieux populaires par exemple, pour qui l'usage du vouvoiement est mal vécu et qui souhaitent continuer à être appelées par leur prénom. Aline Gambini, faisant fonction d'aide-soignante à la maison de retraite des Aves depuis 17 ans, ne comprend pas bien les changements de point de vue de la direction à ce sujet. “ *Avant il fallait tutoyer les personnes parce que c'était plus convivial, maintenant il faut vouvoyer par respect, en disant Monsieur et Madame.* ”.

Dans les faits, les appellations des personnes âgées diffèrent selon le degré de sympathie que porte le personnel de proximité envers eux. Si l'usage du vouvoiement peut être entendu comme une marque de respect, il peut être tout autant l'expression d'une prise de distance, voire d'une certaine froideur. Ainsi, les pensionnaires qui sont craints des soignants, sont systématiquement vouvoyés et appelés par leur nom de famille. Selon les moments et le degré de proximité des soignants avec les personnes âgées, les dénominations peuvent changer. Nous surprendrons plusieurs aides-soignantes qui appellent les personnes âgées par leur nom de famille en les vouvoyant, les tutoyer à certains moments d'intensité relationnelle<sup>116</sup>.

### ***L'individualisation des services et l'intensification du travail***

La référence au monde hôtelier se traduit par une volonté d'accroître la qualité des prestations offertes sur la base d'une individualisation des services et des personnes. C'est en matière de restauration que cela nous est apparu de manière la plus flagrante.

Dans la maison de retraite privée des Aves, dans l'aile qui reçoit les personnes âgées « les plus valides » ne souffrant pas de graves maladies psychiques, les « résidents » comme la direction les appelle, peuvent choisir leurs repas entre plusieurs plats en précisant leurs désirs plusieurs jours à l'avance. Le dimanche à midi, les personnes de cette aile ont droit à un apéritif qu'elles choisissent avant de déjeuner. Quant aux repas, ils sont servis selon des règles hôtelières, de manière individuelle, à l'assiette, même si la vive allure avec laquelle ils sont

---

<sup>116</sup> Si ces nouvelles règles de politesse fournissent un cadre, elles ne peuvent en aucun cas devenir une norme stricte et pérenne. Contrairement au monde hôtelier, en établissement d'hébergement, les personnes âgées sont là à demeure et elles ont souvent besoin de gages d'affection, ce qui peut légitimer à certains moments l'usage du tutoiement. Quelles que soient les normes édictées, la question du respect de l'autre se joue autant dans l'attitude et le ton employé. La manière de dire et d'être, au moment opportun, compte autant que le contenu des propos. Les règles et normes peuvent se retourner contre ceux qui les ont mises en place et être un moyen de distanciation des personnels envers les résidents.

donnés et retirés, pénurie du personnel et intensification du travail obligent, dénature en partie le sens de ce service. L'autre aile regroupe les plus « dépendants » et les « Alzheimers », qui ne sont pas concernés par cette individualisation des services. Ils sont pris en charge selon un modèle de service de type hospitalier. Les grands plats sont déposés sur les tables, chacun se sert seul ou avec l'aide d'une salariée et il n'y a pas de choix possible au niveau des plats. Seul le petit déjeuner, désormais enrichi de croissants les dimanches, ne fait pas l'objet d'une discrimination entre les personnes selon leur aile d'habitation.

De nouvelles contraintes et règles en matière notamment d'hygiène, de propreté, de prévention des risques alimentaires et de contamination pèsent sur tous les établissements du sanitaire et social assurant de l'hébergement et de la restauration collective. De nouvelles normes ISO sont imposées ainsi que la mise en place de nouvelles procédures et les établissements sont soumis à des contrôles. Les responsables d'établissements doivent se mettre en conformité avec ces nouvelles normes en vigueur. Les aménagements consécutifs à cette nouvelle réglementation peuvent, dans un certain nombre de cas, être l'occasion d'importantes transformations du bâti et de rationalisation du travail<sup>117</sup>.

La mise aux normes de la cuisine a été l'occasion, pour cette maison de retraite des Aves par exemple, de faire appel à la sous-traitance. L'ancien personnel de cuisine a été réaffecté à l'entretien des locaux dans le cadre d'un agrandissement significatif de l'établissement. Le service de restauration a été confié à une structure de restauration collective extérieure qui a mis à disposition son propre personnel pour la cuisine et le service. La sous-traitance a amené la direction de l'établissement à déléguer un service important pour la vie de la structure. Elle a du apprendre à contractualiser avec un tiers, c'est à dire à expliciter ses attentes et faire valoir ses exigences sur la base d'un cahier des charges qu'il a fallu négocier et réajuster au fil du temps. Ce nouveau mode de fonctionnement a eu des répercussions sur le mode de management de ses propres salariés, les exigences au travail et les formes de contrôles. Les salariés de proximité dont les tâches touchent aux questions d'hygiène et de qualité ont été particulièrement affectés par ces évolutions. Les exigences se sont affinées et renforcées,

---

<sup>117</sup> Les établissements d'hébergement dépendant d'un établissement de santé (hôpital ou clinique) sont amenés à conduire une procédure d'accréditation concernant la qualité et la sécurité des soins. Elle consiste en une auto-évaluation de tous les services, un contrôle des équipes d'experts-visiteurs, d'un compte-rendu d'accréditation conduit par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Cf. JO 1996 et 1998. Comme le fait remarquer l'étude du Céreq (2002) citant Encarna B. et Fleuret P. (1999), si l'objectif de cette accréditation « est d'améliorer la qualité des soins, de l'accueil, de l'information et des prestations offertes aux malades, elle est aussi, de rationaliser le travail pour parvenir à réaliser des économies budgétaires ».

sous-tendues par l'idée de la personne âgée à satisfaire. Cette apparition de la notion de « client/résident » est allée de pair avec une augmentation de la quantité de travail à fournir, à effectif constant, pour les aides-soignantes et les personnels d'entretien.

Ce renforcement des exigences s'est effectué dans deux directions : l'hygiène et la propreté, des personnes et - encore plus fortement - des espaces. C'est une logique de type marchand centrée sur l'attractivité et l'image de marque qui semble prévaloir à ce choix. L'entretien des communs - sol, sanitaire, mobilier - réalisé quotidiennement auparavant, est maintenant effectué plusieurs fois par jour, dès qu'une salissure apparaît. Les agents de service et aides-soignantes doivent aussi consigner toutes les anomalies ou dysfonctionnements par écrit. Une forme de co-responsabilité des agents entre eux est demandée. Des cahiers de liaisons se développent. Ils bousculent les modes de régulations habituelles, les jeux relationnels et formes de sociabilité. La direction veut impulser une culture de service basée sur des relations horizontales selon des procédures qu'elle édicte. Aux Aves, des aides-soignantes me confieront leurs réticences à faire remonter les manquements d'hygiène qu'elles peuvent constater des collègues qui font le ménage.

*« Comme je lui ai dit, moi, à Monsieur Martoni, (le directeur) je suis aide-soignante, mon travail c'est que le pensionnaire soit propre, bien habillé. Moi s'il y a du caca contre le mur c'est vrai que je dois le dire à la femme de service, mais je peux pas repasser derrière elle, ça veut dire que je repasse derrière son travail ! Puisque moi je sors de la chambre, une fois que le pensionnaire est habillé et elle va faire la chambre. Je lui ai dit, " Moi vous venez me faire un reproche parce qu'un nombril est sale ou les ongles ne sont pas bien coupés, je comprends, mais le caca contre le mur, moi je ne le comprends pas. »*

Aline, faisant fonction d'aide-soignante.

Le premier registre sur lequel Aline se bat c'est celui de la responsabilité. Elle s'adresse au directeur pour que la demande de veille globale concernant la propreté de la maison de retraite ne retombe pas essentiellement sur les aides-soignantes. Sentant ce risque poindre, elle insiste sur la spécificité et le respect de la contribution de chacun. Il s'agit aussi de se prémunir de nouvelles tâches alors que le travail est déjà lourd, mais aussi de ne pas se poser en évaluateur vis-à-vis du travail des collègues agents de service. Des régulations qui s'opèrent entre aides-soignantes et agents de service se font de manières informelles, en fonction des dynamiques relationnelles du moment. Les temps de pause comme le déjeuner sont des moments

privilegiés pour ces ajustements. Les salariées essaient de gérer les conflits entre elles, de manière orale.

Ce type de rationalisation vient contrarier les manières de faire et d'être en collectif. Il a tendance à individualiser deux catégories de salariées et augmenter la responsabilité individuelle de chacune sans pour autant donner aux salariées plus de temps pour l'assurer. En maison de retraite, nous constaterons que les aides-soignantes et agents de service se considèrent souvent comme des pairs. Elles constatent une proximité de conditions, souffrent d'un manque de reconnaissance concrète de leur travail. Elles ne se sentent pas mieux considérées, ni mieux traitées, même si symboliquement les aides-soignantes peuvent se sentir plus valorisées dans leur travail, compte-tenu de la dimension relationnelle avec les personnes âgées qu'elles peuvent mettre en avant par leurs tâches. Ce sont les aides-soignantes faisant fonction qui expriment le plus fortement cette proximité, comme on pouvait s'y attendre.

*« Il n'y en a pas une qui dit, je suis aide-soignante, je suis supérieure à toi, non, non, ça s'est jamais produit dans la maison. On a travaillé en équipe, aussi bien femmes de service qu'aides-soignantes, non, il n'y a jamais eu de problème à ce niveau-là. Bon, l'aide-soignante, elle a un peu plus de responsabilités, mais sinon non. »*

Marie-Laure, faisant fonction d'aide-soignante depuis plus de vingt ans.

*« On s'entend bien avec les femmes de service. On mange volontiers ensemble »*

Aline, faisant fonction d'aide-soignante.

Ces nouvelles relations de travail qu'essaye de mettre en place la direction pour responsabiliser chacun à la bonne marche de la vie de l'établissement, ne court-circuitent pas les relations hiérarchiques existantes, elles prennent appui sur elles et les renforcent dans certains cas. Aux Aves, il est demandé aux aides-soignantes de faire remonter des anomalies ou défauts de service relevant de la compétence des agents de services ou ouvriers d'entretien, il n'est pas demandé aux agents d'entretien de faire de même pour les aides-soignantes. C'est au cadre infirmier de continuer à jouer ce rôle vis-à-vis de ce personnel. Les plus grands perdants de ces nouvelles politiques sont ceux, en l'occurrence celles, qui occupent les postes d'exécution les plus déconsidérés dans la maison de retraite, à savoir les agents de service polyvalent. Elles voient le contrôle de leur travail s'accroître en lien avec l'attention soutenue portée aux normes d'hygiène et de propreté des locaux.

Globalement on assiste à une surveillance accrue des résultats du travail, qui va de pair avec le fait de laisser à chaque salarié le soin de s'organiser comme il l'entend pour répondre aux exigences croissantes. Il doit faire tout ce qui est demandé en restant disponible et attentif aux demandes des personnes âgées dans un laps de temps toujours plus réduit, sur la base d'un effectif constant, ce qui le met dans des situations régulièrement contradictoires. La dimension normative de la relation de service aux résidents est en butte avec les dimensions humaines et éthiques engagées pour « bien faire son travail », entrer en relation avec les personnes âgées, rester humain...

La situation devant laquelle sont placées ces salariées est difficile et le discours qui leur est proposé paradoxal. Alors que les dimensions humaines sont plus que jamais invoquées dans les propos des responsables qui parlent du « résident à satisfaire », de la qualité et du confort à développer pour le bien être du résident, les salariées font l'expérience inverse d'une instrumentalisation des relations inter-individuelles. Elles sont conduites à réduire les relations avec les personnes âgées pour répondre aux exigences croissantes du travail qui est évalué selon des critères objectivables et quantifiables du type, nombre de toilettes réalisées en x minutes ou nombre d'espaces nettoyés en tant de temps, dans lesquels les dimensions humaines inter individuelles ont bien du mal à trouver leur place.

La hiérarchie intermédiaire est dans une situation également délicate. Porteuse des nouvelles exigences et de leur bonne mise en œuvre, elle doit s'efforcer de réguler les situations de tensions quotidiennes qu'elle génère. Présente sur le terrain auprès des salariés, elle doit tantôt sanctionner les individus tantôt les soutenir, les accompagner dans leur travail face à des situations de crise. Elle doit s'assurer que le personnel garde toujours une attitude professionnelle, maîtrise son langage ou ses gestes vis-à-vis des personnes âgées face à une intensité et une charge de travail physique et psychique importante.

Aux Aves, comme dans beaucoup d'institutions de soin<sup>118</sup>, la direction générale ne veut pas se pencher sur le contenu concret de l'activité des aides-soignantes ni sur la charge qui l'accompagne, sauf lorsqu'il se produit un incident ou accident. Le travail reste une boîte noire, ce qui permet de faire bouger les normes et exigences, d'en demander plus, sans se préoccuper de la faisabilité, des manières de faire et, *in fine*, de la santé de son personnel.

---

<sup>118</sup> Cf. Huez, 2001.pp 101-111

C'est à l'encadrement intermédiaire de veiller à tout cela et de garantir une présence et une qualité de service.

L'absentéisme ou les démissions peuvent être dans ce contexte fréquents. Les agents de service rencontrés aux Aves comme les aides-soignantes me parleront d'épuisement et les plus anciennes insisteront sur la perte de sens de leur travail. Le fait pour les agents de service de refaire si fréquemment ce que l'on vient de nettoyer par exemple est très mal vécu. Elles regrettent l'organisation antérieure où les tâches de soin et de ménage étaient réalisées par le même personnel dans le cadre d'une certaine polyvalence, ce qui conférait une plus grande variété au travail et un sentiment d'une plus grande utilité sociale.

Les aides-soignantes se retrouvent prises dans une situation contradictoire. En plus des objectifs de travail précis et concret, comme laver et changer les pensionnaires, ranger le linge dans les armoires, assurer l'aide alimentaire, distribuer le goûter, accompagner ou prendre en charge l'animation... dans des laps de temps toujours plus serrés, la direction, sans se pencher sur la manière de s'y prendre, leur demande de rester toujours souriantes, à l'écoute des personnes âgées. Elle leur demande de prendre le temps de discuter avec elles, de leur remonter le moral quand nécessaire, de les stimuler... Ces dernières exigences reviennent comme des leitmotifs. Leurs difficultés de mise en œuvre sont source de tensions entre les aides-soignantes et leur hiérarchie, les aides-soignantes et les personnes âgées. Dans nombre de situations, elles sont amenées à biaiser avec les règles pour continuer à faire le travail « en restant humaine » ou à en rabattre sur la qualité relationnelle pour répondre aux objectifs immédiatement matérialisables du quotidien. Elles sont prises dans un faisceau d'injonctions contradictoires provoquant de fortes souffrances au travail.

Ces exigences et contradictions dans le travail aboutissent au paradoxe suivant que décrit Dominique Huez<sup>119</sup> : « *Les savoir-faire et compétences se construisent souvent dans l'invisible, du fait du caractère dérangeant pour les prescripteurs des conditions réelles de la réalisation du travail. On en revient à confondre la réalité du travail avec les traces que son contrôle engendre* ». Les salariées vont avoir tendance à cloisonner leur activité et se consacrer à ce qui est visible, mesurable dans leur travail. Un clivage, déjà existant dans le milieu professionnel des soins, va se renforcer. Ne pouvant plus assurer correctement la relation à l'autre, les aides-soignantes vont extraire de la technicité de leur métier la

---

<sup>119</sup> Op.cit., p 103.

dimension « relationnelle », en opérant une coupure artificielle entre les actes techniques et le relationnel. Des identités professionnelles vont se construire sur cette base. Il va y avoir celles qui vont se dénommer « techniciennes » et celles qui vont se dénommer des « relationnelles », plus souvent dans ce dernier cas des aides-soignantes faisant fonction mais pas exclusivement. Pour artificielle qu'elle soit, cette coupure va avoir des conséquences très concrètes sur les manières de faire son travail et d'être avec les personnes âgées. Elle va s'opérer dans l'ensemble du secteur sanitaire, au-delà des structures gérontologiques. La réalité de la mise en œuvre de ce modèle de service va entraîner d'autres distorsions entre le discours et la pratique que nous allons maintenant présenter.

### *Les nouvelles formes de rationalisation du travail*

Ces notions de service à la personne et de qualité de services, en référence ou non au modèle hôtelier, se diffusent largement dans un grand nombre de secteurs d'activité. Les maisons de retraite sont loin d'être un exemple singulier dans l'univers des sociétés de services aux particuliers. Elle renvoie à des formes d'organisation qui ont pour objectif d'augmenter l'efficacité des procédures du travail selon des modèles de rationalisation plus poussés. Le modèle de rationalité professionnelle que décrit Jean Gadrey<sup>120</sup> rend compte assez précisément de ce que nous avons pu voir.

Le principe est le suivant : les services s'inscrivent dans des procédures homogènes, ils s'appliquent à des catégories de situations ou des personnes ciblées. La nature des services peut évoluer mais leur mise en œuvre s'applique de manière uniforme à un segment de la population préalablement repéré selon des formes de « *routinisations de service* ». La rationalisation professionnelle se définit par ce triplet : typification des cas, formalisation des méthodes, décomposition de ces dernières en routine pour faire progresser l'efficacité des procédures de travail, pour gagner du temps et aboutir ainsi à une meilleure qualité des réponses. Cette forme de rationalisation se présente comme une alternative à la rationalisation industrielle qui est, selon Jean Gadrey, difficilement applicable dans nombre de secteurs d'activités tertiaires où la composante relationnelle est centrale de l'activité de travail. La standardisation des procédures, la transformation des services en quasi-produit semblent effectivement compliqués à mettre en œuvre aujourd'hui en maison de retraite, où les

---

<sup>120</sup> Cf. Gadrey, 1994.

relations inter-subjectives et les formes de sociabilité qui l'accompagnent restent encore prégnantes.

Dans un tel processus de rationalisation, les procédures augmentent, elles ont la prétention de couvrir la plus grande partie des situations. Les résultats obtenus par cette forme de « rationalisation professionnelle » ne nous paraissent pas aussi positifs que Jean Gadrey le laisse entendre, libérant le salarié de la « *partie la plus répétitive, la moins valorisée et la plus contraignante de l'activité, laissant libre cours à l'exercice de facultés d'expertise d'un niveau de complexité supérieur...* ». Comme Pierre Roche<sup>121</sup> le montre, la limite de cette nouvelle forme de rationalisation des procédures semble être la négation de la singularité des personnes et des situations dans cette forme de rationalisation. La singularité « *n'est pas prise en compte pour elle-même mais pour la généralité abstraite qui la nie ; elle n'est prise en compte que pour être, dans un deuxième temps, rejetée.* » Et d'ajouter que « *la typification, n'est qu'un écart vis-à-vis d'une généralité abstraite (...) une variante, voire un exemple de celle-ci.* » La singularité des personnes est niée tout comme la notion d'événement, puisque la routinisation des services est une tentative pour rendre prédictibles toutes les situations rencontrées. Il s'agit dans un premier temps de repérer leurs étendues et variabilités pour ensuite les normaliser dans des procédures codifiées qui se répètent, d'enfermer le réel dans le prévisible.

La tendance générale va être à la dépersonnalisation des services et à la négation de la « *singularité concrète* » des personnes qui les réalisent ou en bénéficient. Le travail va prendre un caractère instrumental et comme, nous le verrons plus loin, réifiant. De fait, la partie relationnelle dans l'activité de travail tend à être réduite à une peau de chagrin alors que la nature des activités de soins le nécessite. La durée des échanges se réduit et leur nature se modifie, la dimension relationnelle s'appauvrit.

Les observations de terrain montrent que les salariées de proximité luttent contre ces tendances à l'instrumentalisation de leur travail. Elles tentent régulièrement d'infléchir les normes et procédures en introduisant de la convivialité et de l'échange dans les services et tâches effectuées pour préserver les relations intersubjectives. Mais la mise en œuvre de cette « rationalisation professionnelle » rend leur tâche de plus en plus ardue. Elle tend à les

---

<sup>121</sup> Ouvrage à paraître, titre pressenti : « Rationalités et agir professionnel ».

menacer au fur et à mesure qu'elle s'affirme et que les normes et procédures de contrôle augmentent, intensifiant la charge de travail sans contre-partie, circonscrivant toujours plus l'activité de travail et son contour dans des timings et de modes d'évaluation quantitatifs, faisant perdre du sens. Cette forme de rationalisation du travail aboutit à une « *standardisation du travail des non-professionnels* » même si cela ne conduit pas comme l'affirme Jean Gadrey « *à l'industrialisation de l'organisation (...qui est) largement déterminée par son « interface relationnelle des services de type personnalisés.* »

Prévisibilité, régularité et routinisation des services sont les maîtres mots de cette rationalisation professionnelle. S'ils font perdre beaucoup d'intérêt et de sens au travail des salariés, du côté des hébergés, ils renforcent le sentiment d'esseulement et de malaise. C'est le paradoxe de cette forme d'individualisation qui, après avoir pensé individuellement les demandes des personnes, les nient dans leur mode de mise en œuvre standardisée. Un mur invisible mais opaque tend à se construire entre les professionnels et les personnes hébergées. En quête d'échanges relationnels qu'ils ont de plus en plus de mal à obtenir, les personnes âgées vont parfois aller jusqu'à travestir cette demande en exigence de services supplémentaires, jouant au client insatisfait. Les personnels, de moins en moins disponibles pour répondre à ces demandes de plus en plus biaisées, s'exaspèrent. Ces attitudes les confortent dans leurs représentations stigmatisantes qui les conduit à penser que « les vieux jouent la comédie, qu'ils se comportent comme des enfants... ».

Anaïs fait la toilette d'un monsieur en fauteuil très discret qui somnole à longueur de journée. A l'issue de la douche qu'elle lui donne, elle lui tend la serviette, mais il ne bouge pas. Elle la lui met dans les bras, il ne bouge toujours pas. Alors un peu exaspérée par sa lenteur, elle qui est obligée d'aller toujours vite pour faire son travail et être dans les temps, quitte la salle de bains en lui disant de s'essuyer. Elle lui pose ses habits sur son lit puis s'en va de la chambre. Elle me dit alors : « *c'est incroyable le temps que je perds mais si je l'habille il ne fera plus rien, déjà que c'est un feignant* ».

La stigmatisation est un moyen de défense courant qui consiste à faire porter à l'autre « le feignant » la contradiction qui pèse sur soi, travailler toujours plus vite face à des personnes qui ne peuvent pas se presser ou pour qui le fait de se presser ne veut (plus) rien dire. Cette organisation du travail exacerbe les relations humaines, renforce les mal-entendus. Au total, les personnels de proximité comme les personnes âgées souffrent de ces formes de

rationalisation du réel. Mais à un certain moment, pris dans l'engrenage et l'instrumentation de l'autre, plus personne n'arrive à identifier et comprendre la mécanique qui les guide et les conduit à se nier soi-même en niant l'autre, qu'il soit en position de dominant ou de dominé. Un mal-être diffus - aux effets bien concrets - va se propager aux salariées que nous verrons s'affirmer dans la partie consacrée aux récits de vie.

### ***L'individualisation des services et l'enfermement des « résidents »***

Les personnes âgées, notamment celles qui sont les plus dépendantes des services de soin, vont devenir des pensionnaires assujettis aux règles du fonctionnement institutionnel. Les nouvelles règles et normes qui sont à priori conçues dans une optique d'amélioration de service à la personne peuvent se retourner contre les personnes âgées et aggraver leurs sujétions et enfermements au sein de la structure.

A la maison de retraite des Aves, la direction réfléchissait à la distribution de plateaux repas dans les chambres des hébergés pour le déjeuner. Si cela peut être vu de manière positive comme une volonté de personnaliser un service, individualiser la prise de repas en maison de retraite conduit par là même à isoler encore plus les pensionnaires. Les temps de restauration font en effet partie des rares moments collectifs où les personnes discutent entre elles comme le rappelle Carine, aide-soignante à l'aile des personnes les plus « valides » : « *même s'ils se chamaillent, ils disent que c'est le seul moment où ils sont ensemble* ».

Individualiser le déjeuner, c'est d'une certaine manière mieux contrôler les pensionnaires en les séparant et évitant ainsi les possibles mouvements de protestations collectifs, c'est empêcher une possibilité d'expression collective<sup>122</sup> tout en affichant « un plus » en terme de service offert vis-à-vis de l'extérieur. La mise en œuvre du service de type hôtelier se conjugue, dans ce cas, avec un enfermement institutionnel qui ne dit pas son nom.

### ***La priorité au paraître***

Une autre limite rencontrée dans la mise en œuvre de ce modèle de service, est le déplacement des exigences vers tout ce qui touche au paraître. Rappelons-nous que les maisons de retraite

---

<sup>122</sup> Cf. Deuxième partie, chap. « Maison de retraite, mère nourricière ? »

sont soucieuses de rompre avec l'image négative des hospices et de la pauvreté qui leurs sont attachés. Finis donc les pyjamas rayés, uniformes portés par tous les hébergés qui rappellent la consignation des reclus dans ce type de structure. Il s'agit de donner à voir, à la clientèle qui arrive, aux familles qui les accompagnent ou viennent voir leurs proches, des personnes âgées propres, bien mises sur elles, voire coquettes. Finis aussi les lieux sales et les couloirs sombres. Les salles sont claires et la lumière du dehors traverse de part en part les bâtiments.

La priorité est donnée à ce qui se voit, à ce qui se sent. Le rouge du sang, le noir des excréments, « l'odeur du vieux », doivent disparaître pour laisser place aux couleurs pastels des peintures qui recouvrent les chambres et couloirs et aux natures mortes qui ornent les murs. Le linge immaculé qui sent le propre doit laisser place aux tissus souillés d'où s'échappent des odeurs nauséabondes. Quant aux sols et aux meubles, ils doivent toujours briller. Tous les objets doivent être bien rangés, chacun à leur place. Les agents de service comme les aides-soignants doivent s'atteler à cet objectif et se mettre à la tâche.

Les exigences en terme de propreté corporelle sont fortes voir contraignantes pour une bonne partie des pensionnaires. Les raisons médicales ne peuvent à elles seules expliquer cet engouement. Outre qu'ils doivent se doucher tous les matins, il est implicitement demandé aux personnes âgées qu'elles soient bien vêtues et bien coiffées. Les services d'accompagnement, comme la coiffeuse ou la manucure par exemple, vont participer à ce projet global.

Madame Bouletin, assistante sociale salariée aux Aves, soucieuse de l'image de marque de son établissement, critiquera les aides-soignantes qui habillent mal les pensionnaires. C'est à l'occasion d'une sortie avec d'autres maisons de retraite qu'elle s'en offusquera ouvertement en leur disant que les résidents de la maison sont mal habillés, « *on aurait dit des clochards* ». Les aides-soignantes estimeront qu'elles ne sont pas responsables de la garde robe des pensionnaires.

Cette quête du paraître peut se retourner contre le pensionnaire lui-même, s'il n'est pas dans la norme ambiante, qu'il a une présentation décalée, a fortiori s'il manifeste des attitudes corporelles provocatrices. C'est ainsi que des personnes âgées dépressives qui se laissent aller, où celles qui crient à longueur de journée, vont pouvoir être affectées dans des services

fermés hors de la vue avec les personnes considérées comme démentes. Mais avant d'en arriver là, des pressions amicales vont leur être faites pour rester dans le rang.

Aux Aves, l'arrivée de la coiffeuse une fois par semaine, entraîne une petite effervescence au sein de la maison de retraite. L'aide-soignante va chercher les pensionnaires inscrits et les conduit jusqu'au local aménagé pour la circonstance en salon de coiffure. Plusieurs d'entre eux exprimeront leurs refus. L'aide-soignante va se retrouver dans une alternative compliquée avec d'un côté la pression de la direction, parfois aussi des familles, qui prennent un rendez-vous d'office pour la personne âgée et les réticences de cette dernière qui ne veut pas y aller, parce qu'elle n'en voit pas l'intérêt, parce qu'elle considère que c'est trop cher... L'aide-soignante essaie de convaincre de l'utilité du service sans disposer de trop de temps pour cela. Certaines personnes âgées l'ont bien compris et utilisent cette situation. Elles se laissent conduire au salon et quand l'aide-soignante a regagné son service, elles repartent dans leurs chambres, profitant de l'attente pour s'esquiver. Le paraître est assimilé ici au bien-être. Les personnes âgées doivent correspondre à l'image que l'on se fait d'elles. Rester coquettes et bien mises ! Comme le dit une animatrice à la maison de retraite des Aves : « *Ça leur va tellement mieux d'avoir du volume sur la tête* » - des propos tenus à l'égard des femmes principalement.

L'enjeu est de faire de la maison de retraite un espace spacieux et confortable qui ne choque pas le visiteur, un espace qui paraisse être un havre de paix où il fait bon finir ses jours, en présence d'autres personnes âgées belles et dignes, quitte à forcer un peu la main - toujours en douceur - aux personnes qui ne correspondent pas à cette image de la « belle vieille ».

La manière dont les deux catégories de personnels vivent ces exigences vont dans un premier temps différer. Alors que les contraintes qui pèsent sur chacune d'elles sont fortes, les aides-soignantes semblent mieux accepter cet accroissement d'exigence. Il va y avoir convergence d'intérêt ponctuelle entre le nouveau système de normes leur identité professionnelle. L'hygiène et à la propreté sont des éléments fondamentaux du métier, qui ont pris une importance accrue ces dernières années avec les risques de contamination, le développement de maladies iatrogènes... Se penser ou se définir comme professionnel, c'est dans une certaine mesure, partager une certaine conception du propre et maîtriser des connaissances techniques pour travailler dans de bonnes conditions d'hygiène, prévenir les risques de contamination et de contagions dans des termes proches de ceux qu'énoncent les directions

aujourd'hui. Ce sont les jeunes diplômées qui sont les plus au fait de ces nouvelles précautions et règles d'asepsies apprises au cours de leur formation initiale, et ce même si au quotidien elles sont loin d'être toutes mises en œuvre. Des divergences peuvent se faire sentir sur ce point avec les faisant fonction souvent plus âgées, moins préoccupées par ces questions par rapport aux jeunes diplômées.

*«Véronique, la fille de ma contre équipe, n'est pas aide-soignante. Enfin, elle est aide-soignante depuis 20 ans mais elle n'est pas diplômée. Et c'est là que je me rends compte à quoi servent les études. Puisque je vois qu'elle fait certains gestes qui ne sont pas fautifs fautifs, parce que la personne n'en mourra pas, mais qui ne se font plus. Elle ne sait pas faire les lits au carré, elle ne sait pas enlever ses gants en se protégeant soi... Ce sont des trucs basiques que nous on apprend à l'école. Il y a aussi la façon dont elle essuie les personnes, elle n'a pas de sens, en fait. Elle essuie comme ça lui vient, comme on s'essuie nous. Alors qu'à l'école on nous apprend qu'il y a une technique, on doit aller du plus haut, c'est à dire du plus propre au plus sale. La première fois que je l'ai vue travailler, j'étais un peu sidérée. C'est à ces trucs que j'ai su qu'elle n'était pas diplômée. »*

Anaïs, aide-soignante.

Dans un deuxième temps, les aides-soignantes, surtout les jeunes diplômées, vont mal vivre cet accroissement de normes d'hygiène et de services routinisés car ils vont renforcer le côté instrumental de leur travail, réduire insidieusement leur marge d'autonomie et leur possibilité de rentrer réellement en relation avec les personnes âgées. L'accroissement et l'intensification de la charge de travail vont pouvoir, dans ce contexte, les conduire à une usure professionnelle forte. Et ce sont souvent celles qui ont accompagné le changement et appliqué les normes avec le plus d'attention, parfois de zèle, tout en essayant malgré tout de ne pas lâcher prise du côté du lien inter-personnel, qui vont être les plus vulnérables et se sentir floués.

Effectuant un métier socialement plus dévalorisé que les aides-soignantes, centré sur les tâches ménagères, les agents de service vont vivre d'emblée ces exigences plus mal que les aides-soignantes. Leurs conceptions du propre et du rangé sont souvent élevées, elles sont soucieuses de bien faire ce travail, préoccupées par le résultat. La contrepartie tacite de cette activité ingrate et fatigante, c'est qu'on leur laisse une certaine indépendance pour l'effectuer. Or, l'introduction de nouvelles normes touche aux manières de faire. Elle impose des normes

de qualité différentes de celles qu'elles connaissaient et pratiquaient auparavant. Elles doivent par exemple utiliser des procédés de nettoyage dont elles ne sont pas toujours convaincues de l'efficacité. Dans la durée, ce qui les heurte le plus, c'est qu'elles sont évaluées en permanence sur la propreté des locaux alors qu'elles ne peuvent pas garantir l'état de propreté demandé en continu sauf à exclure tout passage et fermer les locaux une fois nettoyés. Ces exigences contribuent à générer des tensions avec les pensionnaires qui sont identifiés à des personnes potentiellement salissantes, ne respectant pas le travail effectué. Les moments de plus fortes violences dont nous avons pu être témoin dans cette enquête entre les personnels de service et les pensionnaires sont issus de cette contradiction/exaspération.

Ces contraintes de travail et modes d'évaluation de la qualité produite amène Rose, une ancienne agent de service, à imposer à Florence, une jeune aide-soignante nouvellement arrivée, de laver toutes les personnes âgées dans une même salle de bain d'une des chambres pour ne pas salir les autres... De tels dérapages, s'ils ont toujours existé, sont ici potentiellement exacerbés. Alors que les lieux d'hébergement se sont « humanisés », que l'on ne dépasse pas la présence de deux personnes âgées par chambre, on retrouve des pratiques antérieures liées à la présence de grands dortoirs et d'une salle de toilettes unique à l'étage.

### ***Des adaptations secondaires des pensionnaires***

Certains pensionnaires savent tirer un certain profit de ces exigences accrues en matière d'hygiène et de rangement. Ils essaient de renverser à leurs avantages ces nouvelles normes qui génèrent de la distance avec le personnel et tendent à les exproprier de leurs lieux de vie. Ils ont bien intériorisé le modèle de service hôtelier et se glissent dans le rôle du client difficile. Ils fixent leurs desiderata au personnel qui doit s'occuper d'eux ou de leur chambre. Ce qui fait dire à certaines salariées que les personnes âgées sont pénibles et exigeantes, « *plus on leur en donne, plus elles en demandent* », accentuant ainsi des poncifs ou stigmates de la vieillesse égocentrique et persécutrice.

Les personnes âgées se mettent dans ce cas en situation d'alliance objective avec la hiérarchie qui impose des normes de propreté aux salariés de proximité. Ils se plaignent régulièrement que le service n'est jamais assez bien fait. Le pouvoir de la personne âgée est celui de la menace de la plainte aux supérieurs hiérarchiques. Le rapport de force s'inverse

ponctuellement, c'est au salarié de se mettre au service des exigences du pensionnaire qui obtient ainsi de petites victoires.

Aline, faisant fonction d'aide-soignante me dit aller à chaque coup de sonnette chez Madame Pastillo, « *même si elle abuse* ». Dans le cas contraire, elle sait qu'elle ira se plaindre auprès de sa hiérarchie avec perte et fracas et elle préfère éviter cette situation, même si le caractère de cette personne est connu par ladite hiérarchie.

Samira, aide-soignante, se plaint de Madame Marti en réunion d'équipe : « *si je ne l'ai pas faite à 10 heures, elle me tape* ».

La personne âgée qui joue à ce jeu s'expose à des mesures de rétorsions parfois différées ou indirectes de la part des personnels mais bien réelles et ce d'autant plus qu'elle est en situation de dépendance pour les actes de la vie quotidienne. Lorsque des pensionnaires font preuves de « trop » d'exigence, par exemple, le personnel fait la sourde oreille ou se montre particulièrement lent à répondre aux demandes...

Anaïs, aide-soignante qui travaille à l'étage où l'on retrouve des personnes âgées plutôt valides, fait les lits des pensionnaires chaque matin. Lorsque nous lui demandons pourquoi c'est ainsi, elle nous répond que : « *c'est un du, ils se considèrent comme à l'hôtel* » et de poursuivre « *tu sais lorsque Mme Pons n'est pas contente de la manière dont est fait son lit, elle le fait refaire* ».

Le modèle de service de type hôtelier peut conduire à des tentatives de mises en place de certaines relations de domesticité ce qui accroît les tensions avec les aides-soignantes qui n'ont guère envi de revêtir le rôle de « femme de chambre ». Il peut aussi alimenter des quiproquos. Il y a des personnes âgées qui croient que l'argent donné à l'établissement est reversé intégralement au personnel et qu'avec « tout ce qu'elles donnent », elles ne sont pas bien servies en retour.

« *Les jours où Madame Ollier est de mauvaise humeur, me dit l'aide-soignante Babeth, il m'est impossible de lui demander de participer à sa toilette, elle me dit que je suis payée pour ça et que je suis qu'une feignante, alors je n'insiste pas* ».

Babeth, aide-soignante.

A côté de l'impression de « ne pas en avoir pour son argent », c'est bien autres choses qui se jouent ici et qui renvoient à des récriminations liées aux sentiments de délaissement, d'isolement... C'est souvent un moyen détourné pour exprimer une forme d'appel, une demande de présence que le personnel n'a guère l'occasion de satisfaire.

### ***Une qualité de service conditionnée par l'économique.***

La maison de retraite médicalisée privée, comme celle des Aves, fonctionne selon l'idéal de l'hôtel de bon standing. Les nouveaux services ou manières de faire ne changent pas fondamentalement le sort des personnes qui y vivent, même si elles sont plus souvent qu'avant vouvoyés ou appelées par leur nom de famille. La qualité de service est subordonnée à une logique économique de type marchand. C'est en gestionnaire, en quête d'optimisation des profits, que la direction agit. Elle fait des choix entre une certaine qualité de service à proposer et le coût dudit service. Et c'est un pragmatisme financier qui préside *in fine* à la majorité des décisions, laissant de côté la dimension humaine.

Cela peut aboutir à des arbitrages sordides, comme celui dont nous avons été témoins lors d'une réunion de service. Le point en débat qu'introduit l'infirmier en chef est celui du coût trop lourd des couches qui sont selon lui, mal gérées. Les aides-soignantes bien que concernées au premier plan par la discussion ne s'exprimeront pas. Un dialogue va s'engager entre l'infirmier en chef et le directeur adjoint.

- *L'infirmier en chef : Les couches, elles disparaissent.*
- *Le directeur adjoint : Faut-il les mettre dans le placard des pensionnaires ou dans un lieu spécifique ?*
- *L'infirmier en chef : Ça ne résout rien, il faut que chacun joue le jeu y compris le personnel de nuit. Le réflexe est trop : on prend sur une pile et on l'utilise pour tous les étages. Le lendemain, le personnel qui en avait mis de côté va se retrouver sans rien et venir m'en demander.*
- *Le directeur adjoint : Pourrait-on tenir un listing ?*
- *L'infirmier en chef : Inefficace, on a déjà essayé ce système, les gens écrivaient n'importe quoi.*

- *Le directeur adjoint s'adresse alors aux aides-soignantes : Vous êtes la cause de cela et vous seules avez la solution, vous vous tapez vous-mêmes sur les doigts.*
- *L'infirmier en chef recentre le débat : Il y a un problème de passage du personnel de jour à celui de nuit. A 5 heures du matin, le personnel de nuit change les couches avant la fin de leur service. Et entre 9 heures et 11 heures, le personnel de jour remet une couche après la toilette. Au total certains pensionnaires sont changés 4 fois par jour !*

Brouhaha, tout le monde discute en aparté.

- *Le directeur adjoint : Ne pourrait-on pas les laisser sans rien avec une alèse entre 5 heures et 10 heures ?*
- *L'infirmier en chef en s'adressant directement à lui à voix basse de manière inaudible pour les aides-soignantes : Il faudrait changer plus souvent les draps. Les économies qu'on fait d'un côté sur les couches, on les perdrait de l'autre<sup>123</sup>.*

Aucune suggestion concrète ne ressortira de cette discussion.

Les arbitrages du quotidien sont ceux qui permettent de conjuguer une certaine qualité de service avec une possibilité de standardisation de procédures permettant un abaissement des coûts et/ou du temps. De là, découle la logique de « routinisation des services » dont nous avons parlé, qui préside les choix et s'articule à une volonté de rationalisation des coûts et d'économie financière. Les modèles de services viennent à la fois se superposer et s'insérer dans cette logique gestionnaire et ce d'autant plus facilement qu'ils s'inscrivent dans des formes de rationalités instrumentales.

On aboutit à une grande distorsion entre le discours officiel de l'institution - qui prétend tout faire pour être au service de la personne âgée - et les comportements effectifs des salariés sous pression, ce qui par ricochet ne fait qu'accroître les tensions entre les pensionnaires et les salariés de proximité. Les salariées sont prises entre les exigences gestionnaires, des vues commerciales de la direction et les désirs des pensionnaires toujours mis en second plan même s'ils sont affichés comme prioritaires, dictant le discours officiel. Nous sommes en présence d'un processus de rationalisation instrumentale où la fin économique justifie les moyens.

---

<sup>123</sup> Le nettoyage des draps et des serviettes est sous-traité à une entreprise extérieure.

Fatima, agent de service très soucieuse de bien faire son travail mais exacerbée par la pression permanente de la direction nous dira : « *le ménage, ils nous sont tout le temps dessus. C'est trop grand, c'est le clinquant qu'ils regardent ici* » Et Rolande, également agent de service, de poursuivre : « *ils regardent moins le confort des malades que le ménage* ».

Vouloir insérer tous les actes et services dans des procédures pré-définies, vouloir rationaliser toujours plus fortement le temps et le planning des personnels pour accroître leur efficacité à la chasse du moindre « temps mort », revient à tuer tout ce qui est de l'ordre du vivant, à nier la dimension relationnelle entre les personnes entre elles. Il se développe des pratiques d'homogénéisation qui participent de l'uniformisation des personnes âgées et font des salariées d'exécution - auxquelles peuvent être assimilées les aides-soignantes<sup>124</sup> - des rouages.

Si le fait de pouvoir à tout moment être sous le regard potentiel de personnes extérieures (partenaires financeurs ou simples visiteurs qui viennent voir leurs proches) change l'attitude des directions, rend les salariées plus vigilantes et plus « professionnelles », cela ne change pas pour autant l'assignation faite aux personnes âgées que nous préférons appeler des pensionnaires dans la suite de cette recherche, une appellation moins euphémisante, plus proche de leur sort.

Même si les locaux sont plus agréables qu'autrefois, que les horaires de visites imposés tendent à s'élargir voire disparaître, que les lieux sont plus ouverts sur l'extérieur, l'enfermement n'a pas pour autant disparu dans les structures d'hébergement pour personnes âgées. Les nouvelles exigences de qualité sont loin de garantir, en elles-mêmes, un fonctionnement respectueux des désirs des personnes hébergées, comme nous allons le montrer dans la suite de la recherche. Elles participent d'une production idéologique.

### **Le renforcement du modèle hospitalier au sein des maisons de retraite médicalisées**

Le regard de la maison de retraite sur le futur pensionnaire est un regard qui tend à être « pathologisant ». La personne âgée est appréhendée en fonction de ses manques, pas de ses

---

<sup>124</sup> La réalité de leur travail exige pourtant une autonomie relativement forte. Il y a un décalage entre le contenu du travail et leur statut d'emploi relativement déqualifié, renforcé par un faible niveau de formation, qui les positionnent au rang de personnel d'exécution de premier niveau.

potentielles richesses. Chaque fois qu'une nouvelle recrue fait son entrée, c'est sa situation familiale et médicale qui est relatée en réunion du personnel. Ce qu'elle a fait avant, son métier éventuel, ses distractions, ne sont pas abordées. Le vieux ou la vieille est perçu comme un être potentiellement diminué et déclinant, appréhendé et répertorié en fonction de sa capacité à accomplir ou non les actes courants de la vie quotidienne, en fonction de sa capacité d'être ou non en pleine possession de ses moyens psychiques. Les besoins sociaux-affectifs sont occultés ou rabattus sur le seul versant biologique. Les individus sont ainsi réduits à être des corps souffrants ou des têtes démentes. Leur prise en charge va pouvoir s'opérer dès lors que va être identifié un besoin d'aide pour accomplir des actes de la vie quotidienne, pour répondre à des besoins physiologiques du quotidien. Ce besoin d'intervention va justifier la prise en charge de l'individu sur la base d'une confiscation de ses désirs et d'un recentrage sur l'aide matérielle de type sanitaire. En construisant l'incapacité de l'individu, la maison de retraite construit sa légitimité. Comme souvent dans un travail sociologique, c'est en regardant ceux qui sont à la marge du système, à savoir ici, les pensionnaires les plus valides, ceux que le personnel de proximité, agents de service et aides-soignantes, considèrent comme les plus exigeants et donc les plus pénibles parce qu'ils ne sont pas assez assujettis au fonctionnement institutionnel, que l'on va mieux comprendre le sort qui est réservé aux pensionnaires moins valides. Nous parlerons de ces derniers dans la partie suivante où le modèle hospitalier sera développé. Pour l'heure, nous empruntons un chemin de traverse et regardons ceux qui se situent à la périphérie de l'institution pour qu'ils nous renseignent sur ce qui occupent le centre.

Nous avons vu dans le modèle précédent que les maisons de retraite sont des lieux collectifs où nombre d'actes de la vie quotidienne sont réalisés par les salariés : la préparation des repas, mais aussi l'entretien des chambres, la prise des médicaments. Cela affecte les capacités d'initiatives des personnes. Elles peuvent toujours demander de faire elles-mêmes leur lit, d'aller acheter leurs médicaments et de gérer leur traitement toute seule. Mais cela n'est généralement pas proposé d'emblée et le mode de fonctionnement n'incite pas cela. C'est la prise en charge qui reste la règle et il faut négocier pour obtenir ce « droit à l'autonomie ». Une fois obtenu, il n'est jamais acquis. Il peut être, à tout moment, repris. Aux premiers signes de défaillance, la structure s'impose aux personnes âgées et leur demande de se laisser faire, exigeant qu'elles soient dociles et soumises. Les personnes âgées ne sont plus des clients à satisfaire comme précédemment, elles sont identifiées à des « dépendants » ou des malades à prendre en charge et font l'objet d'une surveillance attentive. L'établissement

légitime cette pratique en invoquant le principe de responsabilité, pour s'assurer qu'elles ne se mettent pas en danger.

Une règle implicite et puissante régit les pratiques de la maison de retraite médicalisée que nous pourrions résumer ainsi : plus le handicap physique et/ou psychique est fort, plus les individus sont assujettis au fonctionnement de l'établissement. L'état de santé justifie un certain type d'enfermement. Une fois que le pensionnaire est soumis, du fait de ses maladies, de ses incapacités ou de sa détresse, l'institution va pouvoir pleinement s'occuper de son cas.

Si la dégradation de l'état de santé des personnes est liée aux maladies et handicaps divers qui augmentent potentiellement avec l'avancée en âge, la trop grande absence d'inscription sociale des institutions gérontologiques précipite le désinvestissement et la dégradation des personnes qui y arrivent en ayant perdu leurs principaux repères antérieurs. La structure d'hébergement collectif fournit tout ce dont la personne a matériellement besoin, elle les prend en charge, s'occupe du gîte, du couvert, des soins. En situation d'assistance unilatérale, les vieux ne sont plus là que pour demander et recevoir, sans jamais rien pouvoir donner en échange. Ils perdent vite confiance en eux et s'engagent dans un processus invalidant de perte d'autonomie. Si les personnes arrivent handicapées en maison de retraite, la vie en institution tend trop souvent à faire d'elles des personnes dépendantes ou démentes. Leur durée de vie en maison de retraite ne dépassant guère deux ans et demi en moyenne<sup>125</sup>. Dans ce cas, la mort sociale précède souvent de peu la mort physiologique.

### *La situation des pensionnaires valides, l'envers du décor*

En maison de retraite médicalisée, un individu qui assume seul les actes de la vie quotidienne, comme faire sa toilette et qui se déplace facilement, n'a nul besoin de l'intervention du personnel soignant. Il n'est que peu tributaire de l'organisation et du temps de travail des salariés ou des intervenants libéraux. Il s'exempte ainsi de nombre de règles qui guident le fonctionnement de la structure. Les maisons de retraite médicalisées ne sont pas pensées pour lui. L'individu « valide » cohabite tant bien que mal avec les autres hébergés qui occupent l'essentiel du temps des personnels soignants, para-médicaux et médicaux. Elle ne peut

---

<sup>125</sup> L'enquête de l'INSEE, H.I.D. (Handicaps, Incapacités, Dépendance) fait apparaître un séjour moyen de 4-5 ans, l'ensemble des professionnels rencontrés parlent plutôt de 2-3 ans comme cela est rappelé dans le rapport de Paulette Guinchard-Kunstler, 1999, p.63.

toutefois se soustraire totalement aux règles liées à la vie collective comme l'heure des repas, ni échapper aux contrôles qui s'exercent sur les pensionnaires. L'aide-soignant, même s'il a le désir qu'il en soit autrement est amené à participer de ce mode organisationnel. La manière dont il va le mettre en œuvre, avec plus ou moins d'application, va déterminer la nature de sa relation aux pensionnaires. C'est cet aspect qui va retenir notre attention dans l'exemple que nous allons évoquer.

Monsieur Peter est une personne âgée valide de 77 ans, passionné de peinture. Il dessine toute la journée dans sa chambre, élaborant des paysages complexes à l'encre de chine. Il accepte mal de se mêler aux autres pensionnaires qu'il trouve trop handicapés ou « gâteux ». Dès que les repas sont terminés, Monsieur Peter se réfugie dans sa chambre individuelle<sup>126</sup>. Ce comportement le conduit à un certain isolement dont il semble bien s'accommoder. Mais cela s'accompagne d'une mauvaise réputation dans l'établissement. Il est considéré comme une personne bourrue et peu sociale qui refuse de se mêler aux autres. L'aide-soignante Babeth est la seule à être arrivée à renverser son hostilité et gagner sa confiance. Elle a du pour cela jouer d'astuces et de souplesse, contourner et adapter des règles de surveillance à sa situation singulière.

*« Monsieur Peter, quand tu rentres dans sa chambre, tu es chez lui<sup>127</sup>. C'est pour ça que ça ne lui plaisait pas, la nuit, qu'on arrive comme ça et qu'on rentre. Il avait décidé que l'on ne rentrerait plus et il avait raison, de toute manière, il va bien. Si tu te mets à sa place, tu vois qu'il avait raison. Pourquoi passer toutes les deux heures la nuit comme on le fait. Je serais à sa place, ça me dérangerait, parce que même si tu essaies de faire doucement quand tu rentres dans sa chambre, tu fais un tour de clef et ça fait toujours un peu de bruit. Tu le déranges, il n'a pas tort. Quand je faisais la nuit, j'avais négocié que je rentrais chez lui lorsque je commençais mon service et quand je le terminais, pas entre les deux. Je lui avais dit, moi j'ai quelques obligations : « je suis obligée quand j'arrive de constater que j'ai tous mes patients et quand je pars aussi ». Il a été obligé de céder sur ce point. Des fois, il faut un peu d'autorité aussi. Je passais dans toutes les chambres la nuit, sauf la sienne et nos relations sont devenues très bonnes. Les plus gravement malades, je passe plusieurs fois*

---

<sup>126</sup> Un fait que nous retrouverons chez plusieurs autres pensionnaires qui limitent au maximum la confrontation avec les autres pensionnaires, majoritairement handicapés ou déficients, que leur vue démoralise.

<sup>127</sup> Ce fait tel qu'il est énoncé laisse à penser que ce sentiment d'appropriation d'un chez-soi est rare.

*parce qu'il y a danger. On sait jamais, ils peuvent avoir un malaise ou des décès, si je trouve une personne morte six heures après, tu vois un peu ! ...»*

Plusieurs fois, nous entendrons des infirmier(e)s ou médecins considérer que les maisons de retraite médicalisées ne sont pas adaptées aux personnes « trop » valides. Cela le devient avec leur déclin, pensé comme inéluctable lorsqu'on vit dans de telles structures. Ce n'est qu'une question de temps. Nous entendrons le médecin coordonnateur des Aves dire d'une personne en réunion de service que : « *Madame Rhame a trop sa tête pour être ici* » ou que « *Madame Roland va bientôt changer d'aile, mais qu'il faut attendre pour que la famille et elle accepte cela quand elle n'arrivera plus à se déplacer autrement qu'en fauteuil roulant* »... On parie ainsi sur la dégénérescence de la personne car ici la vieillesse rime dans 99 % des cas avec un déclin physique ou du « gâtisme ». Affirmer cela, c'est constater la puissance de l'institution à transformer les personnes âgées en des individus dépendants.

Dans le travail au sein des établissements médicalisés pour personnes âgées, contrairement au travail à domicile<sup>128</sup> la relation s'engage différemment. « L'intrus » au départ n'est pas le professionnel qui pénètre dans l'espace privé de la personne âgée mais la personne âgée elle-même qui arrive – à reculons – dans un nouvel univers qui deviendra très vraisemblablement son dernier espace de vie. Un univers fait de règles et normes auxquelles elle n'aura d'autres choix que de s'y conformer ou de ruser pour en donner l'impression. Ce qui va entraîner des comportements spécifiques chez les personnes âgées et orienter différemment les relations aux intervenantes de proximité. Les professionnels qui ont travaillé auprès des personnes âgées dans plusieurs types de configurations témoignent du caractère contraignant et aliénant des structures gérontologiques telles que maisons de retraite médicalisées voir les hôpitaux longs séjours par comparaison à d'autres modes d'hébergement. Josiane Roche, aide-soignante au foyer-logement public des Abeilles, qui a exercé auparavant en maison de retraite et en services de soins infirmiers à domicile, nous relate les différentes manières d'engager le travail avec les personnes âgées selon leurs lieux d'hébergement.

*« A domicile, il faut savoir se faire accepter de la personne. La différence avec le foyer logement c'est qu'en principe on a des locaux qui sont adaptés alors qu'à domicile, il faut s'adapter aux locaux. (...) La différence entre la maison de retraite et le foyer logement, c'est*

---

<sup>128</sup> Cf. Causse, Fournier, Labruyère, 1998.

*que dans le deuxième cas, on va chez eux. Il y a des précautions, des gants à mettre lorsqu'on rentre dans le logement. On ne fait pas telle chose, on attend un peu, on respecte celles qui dorment un peu plus. Pour le petit déjeuner, je sais qui est du matin, qui ne l'est pas. Je ne vais pas chez Me Lambert parce qu'elle aime bien son lit, je la fais en dernier. Me Renault, je sais qu'elle se lève à 5 heures du matin, elle a mal aux yeux, il y a des gouttes à mettre, alors je commence par elle. En maison de retraite, on est obligé de respecter les horaires, entre 7 heures et 8 heures 30, il faut que tout le monde ait déjeuné, soit dans la salle à manger, habillé, prêt, voilà. On commence par un bout du couloir et on fait les chambre les unes après les autres. Derrière, ce sont les agents de service qui passent pour faire les chambres. On est impuissant dans le sens où c'est une question de personnel, on ne peut pas faire à la carte. En foyer logement, le matin, je peux m'organiser pour le petit déjeuner, même si le soir c'est moins facile, j'arrive à telle heure et tout est programmé. On est aussi tenu par les horaires ici, mais c'est plus souple. J'essaye ici de faire le maximum à la carte... »*

En institution collective d'hébergement pour personnes âgées<sup>129</sup>, les mécanismes de pouvoir et d'assignation pèsent. Moins les personnes âgées ont prise sur le réel, sont en état de fragilité, plus le fonctionnement s'applique à elles en devenant normé et coercitif.

Le dernier exemple que nous présenterons ici pour entrevoir les mécanismes d'enfermement et de soumission au travers de ceux qui sont à la marge de l'institution, c'est celui de Monsieur Deldon, un monsieur distingué de 78 ans qui vit à la maison de retraite des Aves. Quant il a su que nous étions sociologues, il est venu à notre rencontre et l'a fait ensuite pour chacune de nos visites. Il nous guettait, et quand il savait que nous étions là, il attendait que notre travail d'entretien avec les salariées soit terminé. Il venait alors me parler de ce qui le préoccupait. Il était visiblement seul, nous ne lui avons jamais vu de visiteurs. Tout à fait valide et sein d'esprit, il vivait dans cette maison de retraite pour ne pas avoir de contingence matérielle à gérer. Ingénieur physicien à la retraite, il passait une partie de sa journée à travailler dans sa chambre, à concevoir des dispositifs hydrauliques qu'il faisait ensuite breveter. Apparemment, son travail trouvait acquéreur et lui rapportait de l'argent. L'après-midi, je le trouvais avec les autres pensionnaires, toujours assis à la même place devant le hall d'entrée, à la recherche de compagnie même s'il ne discutait guère avec les autres. Il parlait le

---

<sup>129</sup> Nous n'avons pas enquêté dans les petites structures d'une vingtaine de pensionnaires qui sont souvent décrites comme des espaces aux univers plus familiaux et plus personnalisés.

moins possible avec le personnel de proximité qu'il jugeait trop familial, socialement et culturellement inférieur à lui. Lorsqu'il nous voyait, son visage s'éclairait, il n'avait alors cesse de parler de ses projets que nous avons bien du mal à comprendre, compte-tenu de nos faibles connaissances techniques en la matière. Monsieur Deldon semblait avoir trouvé ici un équilibre de vie<sup>130</sup>. Il ne se considérait pas au service du personnel mais bien l'inverse. Les salariés ne l'aimaient pas, le trouvaient égoïste et supérieur, ils limitaient au maximum ses relations avec lui. Au moindre dysfonctionnement ou problème de service, Monsieur Deldon en parlait au directeur. Il avait obtenu de lui qu'un plateau repas lui soit servi dans sa chambre le midi comme le soir pour ne pas subir la contrainte communautaire et n'avoir à se mêler aux autres pensionnaires que sur des temps choisis. Il ne subissait guère les contraintes du règlement. Dans la matinée, il libérait sa chambre, le temps que le ménage se fasse, c'était sa seule contrainte.

Fait surprenant au premier abord, Monsieur Deldon logeait à l'étage des « Alzheimer ». En fait, cela lui permettait d'être totalement à part, de ne pas être assimilé aux quelques autres rares pensionnaires « valides » qui se retrouvaient dans une aile particulière de la maison de retraite, comme c'était le cas pour Monsieur Peter, cité plus haut. Il était paradoxalement plus libre à côté des personnes désorientées qu'en étant du côté des plus valides. Sans en avoir vraiment conscience, il jouait ainsi avec le système dualiste de l'exclusion. En apparaissant comme le « non-fou » à côté des « fous » et fort de son capital social et culturel, il réussissait à imposer ce statut particulier et unique dans la maison de retraite. Il vivait ainsi un peu comme dans un hôtel dans la partie la plus fermée de l'institution !

### **L'animation comme modèle d'intégration sociale et la notion de soutien social individualisé**

A côté du modèle hospitalier, des maisons de retraite essaient de trouver une autre voie qui privilégie les relations humaines. L'animation, au sens de « donner une âme », est recherchée. On peut parfois trouver dans cette quête, une résonance religieuse liée à une histoire institutionnelle, mais ce n'est pas forcément le cas. L'animation religieuse a perdu de sa force et de son poids. Le souci est aujourd'hui de maintenir un collectif de vie, de créer un

---

<sup>130</sup> Nous avons retrouvé de manière plus marquée et somme toute plus caricaturale une position similaire de décalage dans le personnage principal du roman « Les jours heureux » qui a décidé de vivre de son plein gré à l'âge de trente-cinq ans dans une maison de retraite. Cf. Graff, 2001.

minimum de relations sociales qui donnent sens et lien au quotidien des personnes âgées résidentes. Dans ce cas, le risque reste toujours, qu'au nom de la lutte contre la solitude et l'ennui, se créent des espaces d'animation artificiels et caricaturaux où la logique occupationnelle l'emporte et où l'infantilisation des personnes âgées est toujours possible.

Le soutien social individualisé a pour objet d'apporter une sécurisation globale y compris affective à la personne âgée dans le respect de ses désirs. Apporter une sécurité qui permette à chacun de garder sa dignité jusqu'au bout de sa vie. Nous sommes renvoyées ici aux notions d'accompagnement et à la relation d'aide qui traversent la notion du « care »<sup>131</sup> et participe de la relation de soin des aides-soignantes. Le soutien social s'inscrit dans la continuité du modèle d'animation sociale mais on peut le retrouver dans les autres modèles. Il se positionne contre une médecine exclusivement curative et technicienne. Le souci est que son exercice ne prenne pas toute la place, qu'il ne préside pas au fonctionnement et modes relationnels au sein de l'établissement. Pour autant ce soutien social n'est pas à l'abri d'une normalisation institutionnelle, ni d'une instrumentalisation. Dans le premier cas, est oublié le caractère irréductible et singulier de la personne âgée ce qui conduit à systématiser tous les actes dans un cadre de service pré-établi, comme nous l'avons vu dans le modèle hôtelier. Au lieu de servir un apéritif à tous les résidents chaque midi, il s'agira dans ce cas, de prendre la main d'une personne âgée quand celle-ci se mettra à pleurer... Dans le second cas, le soutien social n'est conçu que comme un supplément d'âme au sein d'un fonctionnement médicalisé et bureaucratisé.

L'animation et le soutien social portent sur des objets et des manières de faire différentes, ne serait-ce que parce que le premier a plus à voir avec les relations de groupe et le second les relations inter-individuelles. Nous les avons mis ensemble, dans un même chapitre, parce qu'ils permettent de penser tous deux à une rationalité plus « communicationnelle »<sup>132</sup> au sein de la maison de retraite. Ils essaient de préserver la notion de sujet en l'homme.

---

<sup>131</sup> Une expression anglaise qui s'oppose à une vision médicale du soin, « cure ». Voir plus loin la définition qu'en donne André Petitat. Cf. Première partie, chap. « La prise en compte de la souffrance individuelle et l'accompagnement à la mort ».

<sup>132</sup> Sans développer plus avant ce concept Habermasien, c'est une façon de se rapporter à l'autre dans un rapport de sujet à sujet.

### *La difficile acceptation du travail d'animation sociale par les aides-soignantes.*

L'animation est assez développée à la maison de retraite des Abeilles<sup>133</sup>. La surveillante générale, qui a l'entière confiance du directeur, a mis en place un certain nombre de projets parmi lesquels :

- des ateliers de gymnastique pour personnes âgées,
- des ateliers de créativité manuelle gérés par un ergothérapeute, assisté ponctuellement par les aides-soignantes,
- un atelier de chant choral animé par les aides-soignantes,
- des sorties culturelles,
- des vacances en établissements touristiques...

La qualité de ces actions est variable selon la professionnalité et la motivation des personnes qui les animent. La dérive occupationnelle n'est pas toujours évitée. Lorsque la volonté est commune et cohérente dans l'institution, elle se traduit par des efforts en terme de formation continue, d'intervention de personnes spécialistes ...

Une des questions non tranchées en structure d'hébergement pour personnes âgées aujourd'hui est celle de l'identité professionnelle et du statut des intervenants. Doivent-ils être des personnels extérieurs ou du personnel salarié de la maison de retraite ? Quelles places peuvent avoir les aides-soignantes<sup>134</sup> ?

Les aides-soignants, centrées d'un point de vue identitaire sur le soin, vont avoir tendance à se raccrocher à une image de l'institution médicalisée pour asseoir leur légitimité professionnelle. Globalement, elles vont avoir du mal à accepter cette forme de polyvalence demandée. En établissements d'hébergement pour personnes-âgés, beaucoup ont l'impression de mettre moins en pratique des techniques de soins apprises en formation par rapport à d'autres secteurs ou services hospitaliers. Elles ont le sentiment de s'éloigner de leur métier d'origine au risque, sur long terme, de perdre des savoirs-faire. Cela explique une partie de la

---

<sup>133</sup> Ce modèle cohabite avec le modèle hospitalier qui reste malgré tout dominant.

<sup>134</sup> Plusieurs configurations sont possibles et les aides-soignantes, personnel soignant le plus nombreux, peuvent aussi être accompagnées par d'autres professionnels de la maison de retraite.

réticence des personnels soignants, aides-soignants comme infirmiers dans ce cas, à travailler en structures gérontologiques.

Ce constat ne se comprend que parce que, dans ces emplois, la dimension relationnelle n'est pas reconnue comme faisant partie intégrante des compétences techniques soignantes, ou tout du moins qu'elle a une valeur plus faible et qu'elle ne constitue pas une compétence discriminante. Les aides médico-psychologiques (AMP), dont la formation est centrée en partie sur la notion d'animation, pourraient trouver là une légitimité professionnelle à côté d'autres intervenants professionnels. Mais elles sont encore peu nombreuses dans les institutions gérontologiques et ne sont pas toujours bien connues des employeurs. Devant la pénurie de main-d'œuvre actuelle<sup>135</sup>, elles sont très souvent employées à faire le même travail que les aides-soignantes.

Les cultures professionnelles des aides-soignantes sont éloignées de celles que l'on peut rencontrer dans le monde de l'animation. La plupart de celles que nous avons interrogées, nous diront leur réticence à organiser ces temps collectifs. Une des raisons de ce malaise, à côté d'un risque de dispersion professionnelle et d'une accentuation de la charge de travail, semble se situer du côté de la posture professionnelle de soignante, dans la représentation qu'elles en ont.

Babeth aide-soignante aux Aves, nous dit : “ *Je préférerais gérer mes pensionnaires les uns après les autres, plutôt que de gérer un groupe, d'être là. Je préfère prendre une pensionnaire, m'en occuper.*” Elle ne reconnaît pas l'animation comme partie intégrante de son métier. Elle la vit même de manière concurrentielle avec le reste de son travail. Elle a le sentiment que cela se fait au détriment des relations individuelles aux personnes âgées qu'elle trouve déjà trop réduites. Babeth n'envisage pas l'animation de l'après-midi comme un prolongement possible du travail plus individualisé du matin. Elle vit ses relations aux pensionnaires comme une succession de rapports inter-individuels et elle ne voit pas comment continuer, dans un cadre plus collectif, ce mode relationnel.

---

<sup>135</sup> Cf. Lalande, Legrain, Valleron, Meynier & Fourcade, 2003. La dernière étude exhaustive sur les taux d'encadrement en établissement d'hébergement pour personnes âgées date de 1996. Il était alors de 0,31 agent par lit. Selon la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé, le taux actuel serait de 0,4 agents par lit. Des chiffres bien inférieurs à ceux observés dans les établissements pour adultes handicapés par exemple...

L'aide-soignante Aline a une attitude défensive vis-à-vis du travail d'animation. L'introduction d'une telle activité dans son poste de travail est vécue comme une menace identitaire. Cela semble renforcé par le fait qu'elle n'est pas diplômée et qu'elle est en quête de légitimité professionnelle<sup>136</sup> sur les autres dimensions de son travail.

*« Si je reviens au fonctionnement d'avant<sup>137</sup>, toute la journée on faisait du médical. Maintenant on en fait le matin mais pas l'après-midi, ils veulent qu'on fasse beaucoup d'animation à la place. Mais moi je préfère faire le médical, prendre des tensions, ou faire des soins d'escarres que l'on ne fait plus aujourd'hui. Des fois, on coupait les ongles, ce n'est pas des trucs médicaux, mais on ne les coupait pas le matin pour le faire l'après-midi. On faisait une liste et on les coupait l'après-midi. C'était plus médical. »*

La référence au modèle médical doit attirer notre attention, même si ce terme est employé ici de manière assez imprécise. La quête de légitimité pour les aides-soignantes se construit grandement en référence avec l'univers médical.

### ***Les risques d'une animation occupationnelle et désobjectivante***

L'animation se réduit trop souvent à une dimension occupationnelle pour faire passer le temps et l'ennui qui règnent dans de tels espaces, pour pacifier les comportements des personnes âgées... Quand elle est pensée dans une perspective d'ouverture et de liens des personnes âgées entre elles et avec les autres membres de la société, les résultats peuvent être surprenants. Au niveau individuel, cela a indéniablement des effets sur la santé globale et le comportement des personnes âgées.

*« On vient d'organiser une semaine " Journée portes ouvertes " avec plusieurs autres maisons de retraite. Apparemment ils se sont tous amusés, vraiment éclatés. Il y a eu des ateliers de peinture, des gamins sont venus, tu en avais de chez nous qui étaient aux anges. Ça dure qu'une semaine. Tu ne peux pas le faire tous les jours, mais c'est vrai que là tu te rends compte que Madame Jeanjean qui est en train d'hurler en ce moment, elle était avec un pinceau en train de peindre. Elle se régalaient et elle n'hurlait pas. Tu en as une qui passe la*

---

<sup>136</sup> Cf. Troisième partie, les récits de vie.

<sup>137</sup> Avant les années quatre-vingt dix, avant que ne se crée un nouveau bâtiment médicalisé.

*journée à dire : « Mademoiselle, Mademoiselle », les autres craquent de l'entendre dire ça toute la journée, bien là ça allait, elle était calme. »*

Lionel, infirmier salarié aux Aves.

Les animations peuvent casser la routine, contribuer à apaiser les tensions, redonner du sens à des relations parfois difficiles au quotidien. Elles peuvent faire un peu tomber les stéréotypes et changer les représentations que chacun, personnel et personnes âgées, se font l'un de l'autre.

*« - Quand on fait les animations, ils sont quand même différents.*

*- C'est à dire ?*

*- Différents, dans un sens positif. C'est à dire, quand on leur fait la toilette on se dit qu'ils sont capables de rien puisqu'on leur fait tout. Certains, je veux dire pas les trois quarts, mais un petit nombre, on est arrivé par le biais des animations, des travaux pratiques, à leur faire faire des trucs, alors qu'on s'était dit au départ que ça ne serait pas possible.*

*- Et du coup, après, est-ce que ton regard a changé sur ces personnes-là ?*

*- Oui ! Quand on voit qu'ils font des efforts, on essaie de voir la personne différemment. Mais tu as vite la routine qui retombe le lendemain matin. Tu repars dans le caractère ronchon, ou même agréable d'ailleurs... »*

Monique, aide-soignante aux Aves.

Monique s'aperçoit que les personnes âgées ne sont pas aussi dépendantes et passives qu'elle le pensait. L'animation fait irruption dans son quotidien d'aide-soignante. Elle amène à changer, ponctuellement au moins, son regard sur les personnes âgées. Les stigmatisations s'atténuent.

L'enjeu est que ces animations épisodiques fassent système et conduisent les personnes âgées à s'inscrire dans une histoire un peu plus collective et vivante en lien avec d'autres membres de la société civile, comme ce fut le cas lors de la semaine « portes ouvertes » aux Aves que l'infirmier Lionel nous a relaté. Tant qu'elles se présentent sous formes ponctuelles et qu'elles gardent une dimension factice, les aides-soignantes sont confrontées au non-désir des personnes âgées, ce qui les conduit à vivre des situations parfois fort délicates.

*« L'après-midi, pendant les animations, parfois on est obligé de les forcer. Il faut les motiver ces gens là, donc quelque part on est obligé de les forcer à faire quelque chose. L'été on va aller dehors dans le jardin. Même si vous n'arrivez pas à les faire travailler, ils vont observer la nature et le temps va passer. Alors que l'hiver, enfermés dans une pièce, c'est plus dur. C'est le travail qu'on leur propose sinon rien. C'est dur de devoir les obliger, mais c'est bon pour eux. Par moment, ils font un refus catégorique, d'un air de dire : « laisse moi tranquille j'ai rien envie de faire sauf de me reposer. » Et puis nous derrière, il faut les motiver ! Des fois je me dis : arrivée à 93 ans j'aurai envie qu'on me laisse tranquille. Ce sont des questions qu'on se pose. On n'arrive pas à savoir si on fait bien. C'est dur. On le fait pour qu'eux ne se laissent pas glisser dans un..., parce que si on ne fait rien, ils vont s'endormir doucement. C'est vrai qu'en les occupant on souhaite leur donner goût à plusieurs choses, c'est ça le plus dur. »*

Estelle, aide-soignante aux Abeilles dans un service fermé pour personnes désorientées.

Ce témoignage exprime les limites de la mise en œuvre d'un dispositif d'animation de type occupationnel. Il heurte les personnes âgées qui se mettent en position de refus. Il conduit les aides-soignantes à être dans des formes de sollicitations aux personnes âgées délicates, à la limite parfois du forçage. L'insuffisance de formation des équipes en place sur ces domaines de l'animation, conjugué au manque de temps d'élaboration et d'échange pour mener à bien ces activités, ne font qu'aggraver ce type de situation.

Trop souvent, les animations proposées ne prennent pas en compte la diversité socio-culturelle des personnes âgées. On propose une activité commune à tous, comme si l'âge et la pathologie étaient des facteurs d'homogénéité suffisants. Trouver des facteurs de cohésion du groupe en tenant compte de l'histoire de chacun, pour adapter ensuite les animations aux capacités de chacun ne semblent pas être une démarche acquise. Elle nous paraît pourtant essentielle pour donner vie au groupe et respecter chaque individu.

La « bio-médicalisation » de la vieillesse qui stigmatise les personnes âgées en « dépendants » empêche aujourd'hui cela. Et dans leur travail quotidien, les personnels aides-soignants sont confrontés à des situations d'impuissance, en responsabilité face à des situations dont ils ne maîtrisent guère les tenants et aboutissements. On peut comprendre le questionnement de l'aide-soignante Estelle qui se demande s'il n'est pas préférable de ne pas intervenir plutôt que de forcer régulièrement la main aux pensionnaires. Il ne fait pas de doute que le sentiment

d'inutilité sociale qui caractérise certaines animations dans leur objet ou la manière dont elles sont proposées et mises en oeuvre, renforce le refus des personnes âgées qui préfèrent rester « tranquilles ». Mais le désir de les laisser en paix fait immédiatement ressurgir la peur et le sentiment de culpabilité de les laisser « glisser » vers la mort. Devant cette alternative pétrifiante, il y a lieu de réfléchir sur les expériences positives et les échecs rencontrés permettant de dépasser une logique occupationnelle.

*« Nous on essaye une fois par mois de faire un repas à nous. C'est à dire on va aller faire les commissions ensemble et on va préparer le repas avec eux. Là quand même il y a une petite différence (sous-entendu par rapport aux autres animations des après-midi). Ils apprécient de faire quelque chose qu'ils ont préparé eux. Ça rappelle ce qu'ils ont vécu. On sort avec eux, on va au marché. C'est ce qui les rapproche le plus de leur vie à eux. La grande surface, ils ne connaissent pas. Ils choisissent des poulets frais, des pommes de terre, des choses assez faciles mais qui leur sont agréables. De toutes façons, je ne crois pas qu'ils étaient habitués à manger des choses compliquées. Là on a l'intention de faire des œufs à la coque, choses qu'ils ne mangent jamais ici. Les œufs à la coque en collectivité ça n'existe pas, alors que dans leur vie je pense que c'était quelque chose de commun... »*

Estelle, aide-soignante aux Abeilles.

Dans ce témoignage, Estelle, nous apprend que quand les personnes âgées sortent de l'établissement et vont au marché du village, faire des courses, une fois par mois, pour préparer un repas en commun, elle ressent leur plaisir à être là et leur désir de s'impliquer. En choisissant et achetant de la nourriture, elles retrouvent leur position d'acteur que l'institution leur dérobe si souvent. Elles partagent des plats qu'elles peuvent ensuite cuisiner, ce qui fait lien avec les autres. Elles retrouvent aussi des senteurs et des saveurs constitutives de leur histoire. Estelle nous citera l'exemple tout simple de manger des œufs à la coque un mets devenu interdit du fait de règles d'hygiènes alimentaires qui pèsent sur la restauration collective aujourd'hui. C'est en contournant la réglementation, en organisant des « animations repas », que cette maison de retraite a pu inscrire ce moment de partage.

L'animation sociale est, de ce point de vue, un modèle d'intégration sociale. Le groupe peut s'envisager comme un collectif respectueux de l'histoire de chacun. A partir de là, un bout d'histoire commune peut se tisser entre les individus au sein de la maison de retraite ou entre des individus de la maison de retraite et d'autres groupes sociaux extérieurs à l'institution.

C'est l'enjeu des animations inter-générationnelles qui essaient de repenser le lien social et l'interdépendance des individus entre eux, en réintroduisant des opportunités de rencontres, devenus fortement improbables au sein d'une société qui cloisonne les individus par tranche d'âge. Aujourd'hui ces rencontres sont ponctuelles dans les établissements d'hébergement et somme toutes assez peu répandues, restant trop souvent encore au stade de l'expérimentation. La politique d'animation en établissement repose la question de la place sociale des personnes âgées à l'intérieur de ces établissements. Elle devrait amener à repenser la conception de prise en charge des personnes qui est dominante. Nous avons vu au travers de l'exemple que nous a relaté Monique que la logique médicale et hygiéniste avaient vite fait de reprendre le dessus, d'envahir le quotidien, ne permettant pas de tirer les enseignements des moments collectifs d'animation. Alors que ce sont des espaces de rencontre et d'échange, dans l'ensemble assez agréables où chacun a à apprendre de l'autre, à la différence des moments de soins qui s'accompagnent souvent de moments de peur ou de souffrance.

### **La prise en compte de la souffrance individuelle et l'accompagnement à la mort**

A côté de l'animation, nous retrouvons la notion de soutien social individualisé. Il s'agit de préserver l'être dans ce qui fonde son humanité. Lui offrir confort, aide matérielle et écoute personnelle notamment, mais pas exclusivement, dans les moments de douleur ou de désarroi dans lesquels ils peuvent sombrer. Aider chaque individu à garder sa dignité jusqu'au bout de sa vie. Lutter contre la souffrance chaque fois qu'elle peut faire basculer l'être dans l'inhumanité. C'est ce qu'a essayé de mettre en place Annie Campagne, infirmière surveillante à la maison de retraite des Abeilles. Son action est allée dans deux types de direction : la lutte contre la souffrance et l'accompagnement à la mort. Elle a impulsé une réflexion de toute l'équipe soignante, infirmières comme aides-soignantes sur ces deux thèmes. Des formations de deux jours sur l'accompagnement à la mort ont été organisées pour toutes les infirmières et aides-soignantes. Celles qui ont souhaité approfondir cette dimension ont pu entreprendre une formation plus longue<sup>138</sup>. Quant à la lutte contre la souffrance, cela a nécessité une collaboration concrète avec le corps médical qu'Annie Campagne a obtenu grâce à sa détermination et connaissance sur ce sujet. Elle a ensuite fait partager à son équipe sa réflexion.

---

<sup>138</sup> Deux infirmières et trois aides-soignantes ont fait ce choix sur les 15 soignants des Abeilles.

« Le problème, c'est que nous, on a reçu des formations pour lutter contre la douleur et les médecins n'en ont pas reçues. Moi, je suis allée en Angleterre il y a quelques années, quand je suis revenue j'ai parlé de la morphine, on m'a dit : ah non, la morphine ça fait mourir ! J'ai dit, quand même, on est au 20e siècle, nous on est déjà en retard, ne me dites pas quand même en tant que médecin que la morphine fait mourir. J'ai dit, " vous verriez votre père ou votre mère souffrir le martyr, vous allez lui donner de la morphine, quand même ". Alors petit à petit on les a habitués à la morphine. Parce qu'ils étaient encore aux antalgiques, genre Di-antalic, ça ne fait rien du tout. Quand les gens souffrent, un cercle de la douleur se met en place, qu'il faut arriver à casser. (...) J'en ai parlé aux médecins, notamment à Monsieur Doré (le médecin du village qui s'occupe de la plupart des pensionnaires de la maison de retraite) parce que je ne suis quand même qu'une infirmière. Il m'a dit, " Enfin, si vous voulez, oui, c'est vrai, vous avez reçu une formation, eh bien, faites-le ". (...) On donne la dose de morphine normale, à 100 mg par exemple, et puis on a donné les antalgiques, et on a donné les somnifères et les antidépresseurs.(...) Le personnel, je leur ai tellement parlé de cette formation, je leur ai tellement dit que c'était une chose tout à fait normale, pratiquement banale, qu'elles ont été convaincues. Dès qu'il y a quelqu'un qui souffre, on va commencer la morphine. »

Nous ne discuterons pas ici de l'usage de la morphine dans les traitements anti-douleurs. A côté de ce débat, est posé ici clairement le rôle du corps médical quand il ne s'agit plus d'agir pour guérir mais d'agir pour accompagner la fin de vie en réduisant au maximum la souffrance possible. Longtemps occulté, ce débat est aujourd'hui rendu public, il est au cœur de la réflexion dans les centres de soins palliatifs<sup>139</sup> par exemple. En établissements d'hébergements médicalisés pour personnes âgées, beaucoup de pas restent encore à franchir. C'est pourtant une question centrale qui interfère avec la qualité de l'accompagnement à la mort.

Dans un contexte de réelle prise en compte du désir et de la souffrance des personnes âgées en fin de vie, l'acharnement thérapeutique n'a plus de raison d'être. Il ne s'agit plus de maintenir vivant pour occulter le plus longtemps possible la mort, mais d'intégrer la mort

---

<sup>139</sup> Cf. Hennezel, 2003.

dans le processus de vie et de laisser à la personne la main jusqu'au bout, en lui évitant au maximum les souffrances physiques.

*« On ne fait pas d'acharnement thérapeutique et on en parle avec la famille. Ca c'est très très important qu'on soit tous d'accord. Quand ce sont des personnes qui veulent mourir, je leur dis que maintenant, malheureusement ils ont envie de mourir, « il faut vous y préparer », nous aussi il faut qu'on s'y prépare, on ne fait pas d'acharnement thérapeutique. Ce que l'on fait, c'est que dans les derniers jours, on passe un sérum, ça ne fait pas vivre, ça ne fait qu'enlever la souffrance intérieure au niveau de la déshydratation... Par contre on ne fait aucun traitement, on enlève tout, sauf les traitements pour la souffrance c'est à dire la morphine s'il faut et bien sûr les soins d'hygiène, de confort, mais c'est tout. On attend et il attend avec nous, la famille aussi. En principe ça se passe bien, sans trop de culpabilité de la part de la famille, même si c'est dur. Comme c'est lui ou elle qui a choisi, on ne peut pas aller contre son choix quand même, c'est pas possible. Je ne vais pas leur faire la piqûre pour les tuer, ça il n'en est même pas question, je n'y pense même pas. »*

Ce thème de l'accompagnement à la mort traverse notre champ d'investigation mais il le dépasse aussi largement. Il se pose dans tous les établissements de soins mais aussi au domicile, pour les personnes qui meurent chez elles. La société tout entière se trouve confrontée à la question de l'aide aux mourants, dans laquelle on retrouve la question de l'euthanasie. Annie Campagne, comme beaucoup d'intervenants dans les centres de soins palliatifs, évoque l'importance du respect de la volonté du mourant à côté de la question de la souffrance physique contre laquelle elle se bat, pour permettre à la personne mourante de rester maître de son destin. Cela l'aide dans les décisions à prendre elle et son équipe, dans son travail d'accompagnement auprès des personnes en fin de vie et de leur famille. Chaque situation est singulière, plus ou moins douloureuse et le désarroi ne peut pas toujours être évité.

*« C'est plus dur dans des cas comme avec Madame Arnoux. Elle, elle n'a pas envie de mourir, alors on a essayé les antibiotiques au début mais ça ne marche pas. Ca c'est un peu l'acharnement, parce que quand même, ça ressourçe un peu. On est confronté à la situation suivante : elle, dans sa tête, elle ne veut pas mais son corps a lâché prise et on ne peut pas lutter contre ça non plus. C'est très difficile car c'est long et très douloureux pour le monde*

*autour, pour son mari en premier lieu. Parce qu'on lui a tellement dit que ça allait être vite et en fin de compte ça ne l'est pas, qu'il ne comprend plus rien. »*

Annie, surveillante générale aux Abeilles.

Il y aurait une étude spécifique à mener sur l'accompagnement aux mourants et le traitement de la mort en établissement d'hébergement gériatrique tant cette réalité est très souvent occultée. Cette question de l'accompagnement à la mort traverse la professionnalité des aides-soignantes<sup>140</sup>. Elle revêt une importance décisive comme le montre le témoignage ci-après de Maryse, aide-soignante de nuit aux Abeilles.

*« ... Une dame espagnole qui était et en fin de vie, avait des difficultés à parler français. Elle était en France depuis trente ans mais elle parlait très mal le français. Les filles du jour m'avaient dit que depuis trois-quatre jours, elle ne parlait plus. Donc le soir quand je suis passée lors de la première ronde, je lui ai dit bonsoir en espagnol. Je lui demandais toujours en espagnol si elle avait mal et là elle me répondait comme elle pouvait, parce qu'elle était très affaiblie. L'échange a pu encore continuer un peu, parce qu'après je l'ai signalé à l'une de mes collègues qui parle l'espagnol, ça a permis à cette dame de ne pas mourir complètement isolée. Le lendemain, elle est morte dans mes bras en entendant des mots espagnols. Je lui chantais une berceuse parce que je trouvais que c'était plus serein pour elle. On fonctionne beaucoup au feeling en fait.*

Pour arriver à faire ce type d'accompagnement, Maryse a pu engager un travail personnel pour dépasser ses propres peurs et tendances à vouloir occulter la personne mourante. Quand elle est arrivée à maîtriser cela, elle a pu devenir disponible à l'autre, se laisser guider par son intuition. Un sentiment de profonde humanité se dégage alors de ses actes.

*« J'ai remarqué que si on arrive à utiliser leur langue maternelle, ils sont beaucoup plus apaisés. Mais bon, c'est très empirique, c'est l'expérience.*

*- La formation que vous avez faite, ça vous a aidée ou pas ?*

*- Oui, (rire) parce que j'étais incapable avant de laisser passer le feeling. Quand il y avait quelqu'un qui était mourant dans une chambre, j'ouvrais la porte, je regardais, il était bien,*

---

<sup>140</sup> Il aurait fallu faire une enquête spécifique sur cette question pour recueillir des matériaux suffisamment riches pour en faire l'analyse précise. Il est intéressant de noter que les aides-soignantes avec qui nous avons partagé des moments de complicité, nous ont toujours tenu à distance lorsqu'une personne mourait. Nous en étions informées plus tard, souvent par hasard.

*alors je fermais la porte et puis je parlais. J'étais incapable de rester auprès de quelqu'un qui était mourant, incapable de lui parler, de rester là, d'être là tout simplement, incapable aussi d'assumer une famille, et puis bon, la formation m'a appris à fonctionner différemment. Mais cette formation ça bouge tellement de choses, ça remue tellement de choses sur la mort, qu'on ne peut pas l'imposer à tous.»*

Quand cet ultime échange est demandé et n'a pas lieu - que se soit par l'intermédiaire des professionnels ou bien évidemment des proches - l'individu est nié, ce qui peut s'assimiler à une forme d'abandon. Le reconnaître oblige à considérer une dimension affective et éthique dans le travail de soin. Ce qui renvoie aux valeurs et sentiments que l'on attribue généralement à la notion de « care » qu'André Petitat<sup>141</sup> résume par : « *l'attention à l'autre, l'engagement, le respect et l'affection.* » Il s'agit de prendre le contre pied du modèle hospitalier quand il tend à réduire la personne âgée à un objet passif de soin. Le « care » remet au centre du processus de vie, la dimension éthique. Cette dimension de l'activité nécessite d'être travaillée même si elle fait parti d'un héritage social pour celles qui le mettent en œuvre. Si le « care » rester assimilé au « naturel psychologique des femmes dévouées et attentives aux autres », il ne pourra guère être l'objet d'une élaboration. Les qualités humaines acquises feront fonction de qualification professionnelle pour les femmes qui les exercent et elles resteront dans l'ombre.

### **La cohabitation de logiques compréhensives et instrumentales en maison de retraite**

Dans cette maison de retraite des Abeilles, à côté de ce travail d'écoute et de respect de l'être humain jusqu'au bout de sa vie, nous pourrions constater régulièrement des attitudes ou paroles de non-respect des personnes âgées, au moment des toilettes par exemple. Même si l'intensité du travail est moins forte que dans beaucoup d'autres maisons de retraite - une aide-soignante fait six toilettes quotidiennes en moyenne aidée par un agent de service lorsque cela est nécessaire - l'usure se fait sentir. Elles ont une heure et demi pour les mener à bien. La routine, l'angoisse, l'agressivité sont présentes et des rapports de force, attitudes de rejets entre salariées et pensionnaires existent<sup>142</sup>. Cela pose la question des conditions de viabilité de cette activité dans la durée, nous y reviendrons en conclusion.

---

<sup>141</sup> Cf. Petitat, 1992.

<sup>142</sup> Cf. Troisième partie, le récit de vie d'Irène Delamare.

Dans la gestion et l'organisation de l'établissement, un certain fonctionnalisme prévaut. Il a tendance à se juxtaposer aux réflexions et initiatives menées en matière d'animation ou d'accompagnement à la personne. A un moment donné, l'individu n'est plus considéré comme une fin en soi mais comme un moyen de... ou un moyen pour... On passe ainsi à des formes de relations instrumentales, laissant de côté les démarches de soutien social et d'accompagnement exigeantes et difficiles à tenir dans la durée. C'est un combat qui n'est jamais gagné d'avance. Les logiques gestionnaires et fonctionnalistes, qui font écho, nous le verrons, à des procédures d'assignation et de réification, ont tôt fait de reprendre le dessus. Annie Campagne, infirmière surveillante nous livrera son expérience à ce sujet au travers d'une illustration.

*« Les filles m'ont fait remarquer quelque chose dont je ne m'étais pas aperçue jusque là, qui m'a alertée. Dès qu'il y avait une place de libre, j'avais tendance à dire, bon, il y a quelqu'un qui attend. Moi je me suis mis dans la tête d'un gestionnaire. Et elles m'ont dit, il faut au moins attendre trois ou quatre jours, que nous aussi on fasse le deuil de cette chambre. Alors je respecte ça, et depuis six mois, j'attends. Je le dis d'ailleurs aux familles qui attendent. Je leur dis, voilà, la personne est morte, on attend. Et on n'enlève pas les habits tout de suite, on attend. Il y a une femme qui est morte la semaine dernière, c'est aujourd'hui qu'elle est remplacée. »*

Annie Campagne nous expliquera qu'elle s'en est voulue après coup de ne pas avoir anticipé cela.

A une personne qui rentre correspond une personne qui meurt, un vivant remplace un mort. Et les places sont souvent chères à obtenir. La réalité de la maison de retraite est plus que jamais aujourd'hui cela, parce qu'on y vient plus vieux qu'avant, en situation de plus grande fragilité physique ou psychique qu'autrefois. En masquant la réalité de la mort par un traitement gestionnaire, le côté mortifère de l'institution gérontologique apparaît au grand jour.

## Deuxième partie

### Introduction :

#### Le fonctionnement institutionnel, la mise en œuvre d'un processus de réification.

Nous allons maintenant approfondir le modèle hospitalier qui reste le modèle dominant dans les maisons de retraite médicalisées pour personnes âgées. Il cohabite avec les tentatives d'animation sociale à la maison de retraite des Abeilles et avec le modèle hôtelier à la maison de retraite des Aves<sup>143</sup>. Dans le premier cas, les logiques instrumentales présentes dans le système hospitalier trouvent un contre-pouvoir - relatif - dans la volonté d'humanisation que l'on a pu observer. A la maison de retraite privée des Aves, au contraire, les logiques instrumentales se renforcent avec le modèle hôtelier. Les deux structures sont soumises à un mode gestionnaire de l'activité et des personnes, même si aux Aves, la visée lucrative de l'établissement accentue cela.

La maison de retraite médicalisée est un lieu ambigu. Si elle peut s'inscrire dans une visée curative, elle n'a pas pour autant l'objectif de guérir pour permettre aux personnes de retourner chez elles comme dans d'autres centres de soins. Il s'agit de maintenir en vie, le plus longtemps possible des personnes âgées, en leur assurant confort et sécurité dans ce qui constitue leur dernier lieu de vie. A côté de la mission d'assistance et de soin, se profile une autre logique de fonctionnement, plus cachée mais d'autant plus puissante, qu'est l'enfermement, lié à l'exclusion et à l'isolement dans lequel notre société tient la grande vieillesse, dès lors qu'elle n'est plus « autonome ». Nous avons vu que les vieillards dans leur plus grande majorité étaient dans notre société des hommes en trop ou des hommes de trop. Pour autant, il ne s'agit pas d'envisager de les faire disparaître physiquement, le débat de l'euthanasie hantant aujourd'hui notre société. C'est à une mort sociale que nous assistons. Les écrits de Fabre-Luce<sup>144</sup> en 1966 restent de ce point de vue toujours d'actualité. « *On ne tue pas le vieillard, on lui interdit même de disparaître. On le dégrade seulement. Le suicide est maudit, l'euthanasie interdite* » Cette mort sociale va préfigurer la mort de l'individu mais cela se fera dans le silence, à l'abri des regards.

Le discours humanitaire centré sur le soin et le confort de la personne sert de caution morale pour faire passer sous silence le phénomène d'invisibilisation des vieux dans la société. On

---

<sup>143</sup> Nous exprimons ici une tendance globale.

<sup>144</sup> Propos cités par Thomas, 1994, p 366.

rattache aux notions d'assistance et de soin, des valeurs humanistes<sup>145</sup> comme l'entraide, la générosité, la bienveillance. Les professionnels s'y raccrochent pour légitimer leur action et leur travail, mais c'est de l'enfermement que découle l'organisation et le fonctionnement institutionnel. Il conditionne le reste, donne en quelque sorte le « la », soutenu par un discours idéologique à dominante techico-médicale, centré sur la mise en sécurité et la surveillance des personnes.

Les valeurs humanistes de soins et d'hospitalité sont réinterprétées à l'aune d'un discours savant qui conduit à normaliser la personne âgée sous couvert de pathologie. Tous ses faits et gestes sont réinterprétés en fonction de ses maladies ou de ses incapacités, laissant un grand et large pouvoir d'intervenir à ceux qui ont en charge la santé de la personne âgée<sup>146</sup>. La dépendance affective que la personne âgée exclue de la société va pouvoir ressentir sera troquée contre une réponse utilitaire de type médicale accentuant ses mécanismes d'assujettissement et de dépendance<sup>147</sup>. L'individu est réduit à un corps humain souffrant et décrépi, transformé le cas échéant en « objet de savoir » au service du pouvoir médical.

Le discours médical va soutenir les pratiques d'assujettissement et de normalisation et se répandre sur tout le fonctionnement de la maison de retraite. Sur fond de connaissance scientifique, vont être légitimées toutes les interventions, depuis la fixation de l'heure des repas jusqu'à la confiscation des clefs de la chambre des pensionnaires. Ce discours ne peut être appréhendé que sur la seule approche thérapeutique. Pour comprendre l'ensemble des décisions et des pratiques, il nous faut regarder le fonctionnement institutionnel plus globalement. Les manifestations individuelles de contestations, de revendications, d'autonomie gênent le bon déroulement du service et sont susceptibles de nuire à l'image extérieure de l'établissement, calme et accueillant, où il fait bon vivre. Elles sont neutralisées, y compris de manière médicamenteuse, lorsque les aides-soignantes ne sont pas arrivées à « *faire entendre raison* » aux personnes âgées récalcitrantes. Nous n'approfondirons pas ce dernier aspect qui est du ressort des médecins et par délégation des infirmiers. Les aides-soignantes voient les conséquences médicamenteuses sur la santé et le moral des individus mais ne sont pas à la bonne place et n'ont pas toujours les compétences pour identifier les

---

<sup>145</sup> Des valeurs qui sont en lien avec le modèle des politiques sociales de la vieillesse tournée sur l'assistance réparatrice.

<sup>146</sup> Nous sommes dans un cas de figure qui peut faire penser à l'institution psychiatrique vis-à-vis de la personne démente.

<sup>147</sup> Cf. Deuxième Partie, chap. « Jeux et enjeux autour de la prise de médicament ».

pratiques de leurs établissements en ce domaine<sup>148</sup>. Elles sont par contre au cœur d'autres mécanismes d'assujettissement/enfermement que nous allons exposer dans cette deuxième partie, et qui jouent un rôle déterminant dans le traitement des personnes âgées.

---

<sup>148</sup> Pour avoir une analyse des formes de contentions chimiques, il nous aurait fallu enquêter auprès des médecins et des infirmiers.

## **Un outil de classification en adéquation avec une gestion fonctionnaliste de l'espace gérontologique : A.G.G.I.R. (Autonomie gérontologie-groupes iso-ressources)**

Après avoir été mis à distance du monde social et qu'une partie d'entre eux ait été regroupée dans des établissements spécialisés, les vieillards vont faire l'objet de processus d'assujettissement. L'institution procède par assignation, en les rangeant dans des espaces préalablement définis selon des classifications uniformisantes dont les politiques sociales se font l'écho à partir d'outils d'évaluation légitimés scientifiquement.

### **Un outil de mesure de la dépendance ?**

L'outil de classement AGGIR est l'outil de référence qui classe des individus dans six groupes iso-ressources (GIR notés de 1 à 6). Il évalue un taux de dépendance qui conditionne à partir d'un certain seuil, l'accès à une prestation appelée l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dont des montants diffèrent selon que l'on vit à domicile ou en institution. Descendant de la prestation spécifique dépendance (PSD), elle a pour objectif d'apporter une aide en nature aux personnes reconnues comme « dépendantes ». Elle est basée en premier lieu sur l'âge, il faut avoir 60 ans ou plus pour pouvoir en bénéficier.

AGGIR est la grille d'évaluation de référence qui détecte des états d'incapacités et de manques des individus, les quantifie pour leur attribuer un niveau de perte d'autonomie. Un rapide regard sur les critères retenus par AGGIR nous permet de voir que les besoins sélectionnés sont largement basés sur des critères physiologiques et psychomoteurs, les dimensions subjectives et sociales étant largement occultées.

Sont repérées comme variables discriminantes : *la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination urinaire et anale, les transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), les déplacements et la communication à distance (téléphone, téléalarme...)*. Face à chacune de ses variables, l'individu est évalué selon trois modalités :

*A : il fait seul, totalement, habituellement et correctement ;*

*B : il fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ;*

*C : il ne fait pas.*

Il est ensuite classé dans un des six groupes, rangé par ordre décroissant de dépendance. Le groupe 1 correspond aux individus ayant perdus leur autonomie corporelle, locomotrice et sociale. Ils ont besoin de la présence d'intervenants de manière continue. Les groupes suivants rassemblent des individus qui ont un degré d'autonomie supérieur pour effectuer les actes de la vie courante comme s'alimenter, faire sa toilette, s'habiller, assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale, se déplacer...

Un taux de dépendance est fixé qui peut engendrer des volumes d'aide. Sont articulées ici deux notions que sont l'incapacité et le besoin d'aide. Une articulation qui, comme le fait remarquer Pascale Breuil-Genier ne va pas de soi<sup>149</sup>. « *A incapacité comparable, les aides dont bénéficient les personnes dépendantes restent très inégales. Si 55 % des personnes sévèrement dépendantes reçoivent plus de trois heures d'aide par jour, 20 % reçoivent moins d'une heure. Certes cette variabilité traduit en partie la difficile quantification des aides fournies par les proches, elle montre cependant qu'il serait délicat d'établir un barème associant un volume d'aide à un niveau de dépendance* ». Cette remarque pose la question suivante : comment déterminer un niveau d'aide ? Question sur laquelle les recherches actuelles se sont peu penchées.

Pour des raisons de restrictions financières, avec la PSD, seuls ceux qui étaient comptabilisés dans des GIR compris entre 1 et 3 pouvaient bénéficier de l'aide. Sur la base de l'échec de cette prestation, du faible nombre de personnes qui l'ont demandée et obtenue, l'APA a fait figure d'une mesure plus généreuse. Ceux qui sont dans les GIR compris de 1 à 4 peuvent désormais prétendre à cette allocation personnalisée d'autonomie<sup>150</sup>. Les autres, ceux qui sont classés en GIR 5 et 6 ne peuvent y prétendre et devront, le cas échéant, se retourner vers leurs caisses de retraite pour voir s'ils peuvent obtenir des heures de crédit d'aide ménagère dont le coût en partie, à la charge du bénéficiaire, est fonction du niveau de revenu. Fin 2002, 660 000 personnes<sup>151</sup> bénéficiaient des aides au titre de la dépendance<sup>152</sup>, dont environ 40 %

---

<sup>149</sup> Cf. Breuil-Genier, 1998.

<sup>150</sup> Sous réserve d'âge et de revenus, les modalités changent selon que l'on est à domicile ou en établissement.

<sup>151</sup> Cf. Baudier-Lorin et Chastanet, 2004.

<sup>152</sup> Sont regroupés ici l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), la PSD (la prestation spécifique dépendance), et l'ACTP (allocation compensatrice tierce personne).

en établissement. Devant cet engouement, le gouvernement de l'époque a introduit des mesures de restriction pour son obtention et sa mise en œuvre afin de réduire les dépenses.

AGGIR est donc un outil puissant d'évaluation que le syndicat de gérontologie clinique a mis à disposition des services de l'Etat et des collectivités territoriales, qui conditionne l'obtention de l'APA, en fonction de ce qu'il est prêt à engager comme dépense pour les personnes âgées. Au lendemain du drame de la canicule 2003, devant l'émotion publique, les restrictions de 2002 ont été levées. Le gouvernement a du revenir sur ses décisions, nous sommes ici au cœur des rapports de force sociaux.

Parmi les critiques qui ont pu être formulées vis-à-vis de cette mesure, Bernard Ennuyer<sup>153</sup> montre dans son ouvrage « *Les malentendus de la dépendance* » comment le politique et le médical sont ici inter-dépendants et comment les pouvoirs de chacun se renforcent mutuellement dans une forme d'alliance objective, que se soit pour la mise en œuvre de la PSD comme de l'APA : « *Le pouvoir politique est obligé de composer avec les médecins gériatres devenus les experts de la dépendance, comme l'explique admirablement le décret n° 97-426 du 28 avril 1997*<sup>154</sup>. *Les pouvoirs publics se servent de cet outil, pour en faire une mesure d'ordre et de classification, permettant de rationner le financement de la dépendance avec une apparence d'équité (...) et avec la légitimité d'un outil objectif, scientifiquement mis au point donc, incontestable...* »

On voit ici à l'œuvre une stratégie de contrôle social qui est un mécanisme plus global dont Robert Castel rend compte dans son ouvrage historique sur « *l'ordre psychiatrique* »<sup>155</sup>. Il explicite le long chassé-croisé entre la sphère médicale et la sphère politico-administrative dans l'histoire de la maladie mentale. Il montre aussi l'introduction d'une pratique d'expertise dans le fonctionnement des sociétés modernes qui est corrélative à ce jeu d'alliance. Des critères technico-scientifiques émergent alors qu'ils servent au traitement et au contrôle social des différents publics visés, en l'occurrence, dans son étude, les déments.

---

<sup>153</sup> Cf. Ennuyer, 2002, p.143.

<sup>154</sup> Bernard Ennuyer rappelle alors le contenu de l'annexe II du décret relatif aux conditions et aux modalités de l'attribution de la PSD : « *Algorithme de la grille AGGIR. La publication de l'algorithme de la grille AGGIR, a été autorisée par son propriétaire, le Syndicat national de la gérontologie clinique. Mis à disposition des services de l'Etat et des collectivités territoriales, cet outil ne saurait être utilisé par d'autres personnes, en particulier à des fins lucratives, sans autorisation préalable et écrite du Syndicat national de gérontologie clinique.* »

<sup>155</sup> Cf. Castel, 1978.

Notre propos n'est pas d'approfondir de tels mécanismes pour le public des personnes âgées. Bernard Ennuyer l'a fait avec une grande précision pour un segment de la population, celles que l'on dénomme des « dépendantes ». Notons simplement ici que l'outil d'évaluation AGGIR, tend à rabattre le débat socio-politique sur la place et le rôle des personnes âgées dans la société aux besoins d'aide de celles-ci en fonction de leurs états médicaux et de leurs incapacités à faire seul ou non des actes courants de la vie quotidienne. Le regard pathologisant sur la personne âgée, appréhendée en fonction de la notion de sénescence, s'affirme.

### **Un outil de mesure équitable ?**

Cet outil d'évaluation qui légitime la décision politique se fait à partir d'un argument d'équité, une aide commune à l'ensemble du territoire qui de surcroît est personnalisée, s'adaptant à chaque situation individuelle. De quoi s'agit-il exactement ? De permettre à une équipe médico-sociale de dresser un bilan individualisé des incapacités de la personne dans son environnement de vie, à domicile ou en institution. Les critères sont pré-établis, ils sont basés sur des groupes « iso-ressources » qui agrègent les individus et leur attribuent un numéro d'ordre qui va conditionner, s'ils sont compris entre 1 et 4, un volume d'aide par personne pour l'obtention de l'APA. En fait, le terme « personnalisé » est passablement abusif, compte-tenu de l'appareillage technique d'évaluation qui l'accompagne. Il s'agit en fait d'une aide individuelle et nominative. Un glissement sémantique s'opère entre le nominatif et le personnalisé. Il participe de la réduction de la capacité d'être de l'individu, identifié principalement en fonction de ses seules dépendances fonctionnelles et classé ensuite dans un nombre limité de classes iso-ressources.

Cette évaluation renoue avec la représentation invalidante que notre société porte aux plus âgés. Nous sommes renvoyés ici encore, au modèle d'involution de la vieillesse, lié à la dégradation physique cumulative et au risque de prévalence de la maladie avec le temps. Elle caractérise d'une certaine manière la finitude humaine. Elle l'identifie à des êtres qui, grosso-modo une fois qu'ils ont quitté le monde du travail sont pensés comme des individus allant du groupe 6 vers le groupe 1, ce dernier groupe pouvant être perçu comme « l'antichambre de la mort ».

Cet égalitarisme qui revient à classer tout le monde de la même manière, enferme les individus dans des processus de rationalisation selon une opération déjà évoquée dans la partie précédente : la « *typification des cas* ». Un procédé qui est sensé prendre en compte toutes les situations possibles pour pouvoir mettre en place ensuite des procédures formalisées et routinisées. Si nous prenons pour illustrer cela un critère discriminant, le numéro 5 intitulé : *l'alimentation*. Les deux variables qui permettent de codifier l'alimentation sont : « *se servir et manger*. (...)»

- *si les modalités de « se servir » et de « manger » sont A : Alimentation est A<sup>156</sup> ;*
- *si les modalités de « se servir » et de « manger » sont C : Alimentation est C ;*
- *si les modalités de « se servir » est B et celle de « manger » est C : Alimentation est C*
- *si les modalités de « se servir » est C et celle de « manger » est B : Alimentation est C*
- *dans tous les autres cas : Alimentation est B. »*

Cette modalité de standardisation permet un classement mécaniste, qui sert ensuite d'affichage à un traitement « égalitaire » pour toutes les personnes qui font une demande d'APA.

### **AGGIR et la classification des pensionnaires en maison de retraite**

Si nous avons traité ici d'AGGIR, c'est que cette grille s'avère être un formidable outil de classement qui vient en appui des politiques de nombreuses institutions gérontologiques. Il permet de renforcer les pratiques d'affectation déjà mises en œuvre en leur donnant une légitimité.

Nous remarquerons une forte cohérence entre les modes de répartition des personnes en institution et les modes de classement et d'affectation des personnes dans les six groupes de la grille AGGIR. C'est ainsi qu'à la maison de retraite des Aves dans l'aile du Mas, qui regroupe les personnes les plus « valides », le mode dominant au moment de l'enquête est le GIR 4, alors qu'au Castel, l'aile des moins « valides », le mode dominant est le GIR 3 suivi du GIR 2.

---

<sup>156</sup> A : fait seul, totalement, habituellement et correctement

2000	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6
Au Mas	0	12 %	27 %	42 %	12 %	7 %
Au Castel <sup>157</sup>	9 %	30 %	38 %	11 %	9 %	3 %

Ceci nous permet de constater que c'est à partir des besoins physiques dit « élémentaires » que sont identifiées les personnes. Les besoins sociaux-affectifs sont rabattus sur le versant objectiviste des besoins dit « biologiques » comme nous en aurons la confirmation dans les chapitres suivants.

Dans ces processus de classement et d'affectation, ce n'est pas le besoin de la personne qui oriente la réponse, mais la nature de la réponse disponible qui détermine son besoin. Ce qui va permettre de quadriller l'espace de manière relativement homogène et donner lieu à des services pré-déterminés, planifiés et anticipés dans le temps et la durée, selon des états et niveaux de dépendances. Cela va favoriser « l'efficacité » du travail des personnels soignants en place affectés à des ailes et étages spécifiques. Cette rationalisation de l'espace permet une intensification du travail et une routinisation de tâches.

L'analyse historique de la création de l'outil AGGIR nous éclaire sur cette concordance observée sur le terrain entre les modes de répartitions des individus en institution et les modes de classement des individus dans les six groupes iso-ressources de la grille AGGIR. Au départ, cet outil a été conçu par des gériatres dans un contexte d'établissement. Comme nous l'explique Bernard Ennuyer<sup>158</sup> « *un travail de classification a été fait à partir de profils d'incapacités pour faire correspondre ces profils à des charges de soins de même intensité (groupe iso ressource) et à partir de populations observées essentiellement en hébergement.* » Le mode de classement des personnes âgées avec AGGIR s'inscrit dans la continuité des modes de traitements des personnes âgées hébergées en institution gérontologique. Cette segmentation renvoie à une modalité pratique de répartition géographique des personnes âgées dans l'espace institutionnel.

---

<sup>157</sup> Nous n'avons pas pu obtenir les GIR par étage - pour raison de confidentialités - , ce qui ne nous aurait permis de continuer l'investigation aux « semis-valides », « gros malades » et « Alzheimer ».

<sup>158</sup> Cf. Ennuyer, 2002, p.137.

## **L'organisation rationalisante de l'espace institutionnel, l'assignation spatiale des personnes âgées.**

L'accueil de nouveaux arrivants consacre la rupture d'avec leur univers antérieur. Les aides-soignantes sont témoins de logiques de classement qui permettent d'affecter les personnes âgées à une place donnée ou les déplacer au cours de leur « séjour ». Ces affectations sont décidées par les directions ou par l'encadrement intermédiaire qui avise sa direction. Les aides-soignantes ne connaissent pas toujours la raison de ces choix, ce qui peut rendre leurs relations avec les personnes âgées compliquées.

L'espace est organisé en autant de segments qu'il y a de catégories de classement des personnes âgées dans l'établissement. Présenter cette classification et le mode de découpage qui l'accompagne, revient à appréhender les pensionnaires avec le regard stigmatisant de l'institution. Lorsque l'état de la personne se dégrade, elle va changer de chambre pour des services réservés à des individus plus « dépendants », et ce en dépit des traumatismes causés par de tels déplacements qui ne font qu'aggraver les situations pathologiques. Cette répartition se fait de manière analogue avec la manière dont la société et les politiques publiques appréhendent le « quatrième âge », en fonction de sa « dépendance » physique et/ou psychique.

A la maison de retraite des Abeilles, il y a un espace réservé aux désorientés et aux fugueurs qui est situé au rez-de-chaussée. L'espace consacré aux « malades lourds » est au premier étage, près de l'infirmerie générale pour des raisons de commodités évidentes. Les autres pensionnaires mieux portant ont leur chambre, individuelle ou double, au deuxième étage.

Aux Aves, les modes de répartition sont un peu plus poussés mais ils obéissent aux mêmes principes qu'à la précédente maison de retraite. Ils tendent à séparer les pensionnaires en déments, gros malades, semi-valides et valides. Ce découpage se double d'un autre, plus implicite et masqué, qui classe les pensionnaires dociles de ceux qui sont agressifs et que l'on maîtrise difficilement. Regardons en détail la distribution des pensionnaires dans l'espace des Aves.

Les « valides » logent à la plus ancienne et petite aile nommée « le Mas ». Ils mangent de manière autonome, sans aide alimentaire. Ils peuvent se déplacer seuls, même si un

déambulateur ou un fauteuil roulant (plus rare) sont nécessaires. Ils sont autonomes pour faire leur toilette ou n'ont besoin que d'une aide légère. La majorité d'entre eux ne sont pas incontinents<sup>159</sup>.

Les pensionnaires les plus « dépendants » sont dans la nouvelle aile dite du « Castel » qui se subdivise en trois. Au rez-de-chaussée, nous trouvons les « malades lourds », aux deux étages intermédiaires les « semi-valides » et au dernier étage les « Alzheimer », selon les termes en usage dans l'établissement.

Au rez-de-chaussée, près de l'infirmierie générale et du bureau du médecin, sont placées les personnes sous traitements intensifs qui ont besoin de soins réguliers et d'une surveillance médicale relativement importante. Les personnes qui sont en fin de vie à la suite de pathologies lourdes sont à cet endroit. Mais toutes les personnes en fin de vie ne sont pas forcément affectées là. A cet étage, il y a une prise en charge pour tous les actes de la vie quotidienne, une partie des patients ne peuvent plus quitter le lit et mangent en chambre.

Aux étages intermédiaires des « semi-valides », on retrouve des personnes qui ont besoin d'une aide à la toilette qui ne peuvent effectuer un certain nombre d'actes de manière autonome, comme se raser pour les hommes ou s'habiller une fois que les habits leur ont été déposés sur leur lit par le personnel. Ils mangent en salle commune et peuvent avoir besoin d'une aide alimentaire pour tenir leur couvert et ingurgiter les aliments mais ils n'ont pas de difficultés particulières d'absorption ou de déglutition. Ils sont incontinents et ont besoin de l'intervention d'un tiers pour assurer le nursing. Ils peuvent avoir des difficultés d'orientation et tenir des propos incohérents de manière temporaire. Ils n'ont pas de comportements considérés comme « anti-sociaux » et sont plutôt dociles, même si certains sont considérés comme pénibles à vivre, du fait par exemple de la manifestation de leurs angoisses sous forme de plaintes ou sollicitations perpétuelles envers le personnel.

Ce que l'on identifie à des « Alzheimer » sont mis au dernier étage. Ce terme permet de parler de la folie sans que le mot soit prononcé. Cela occulte en quelque sorte la démence dans la maison de retraite. Cette dénomination ne permet pas de rendre compte des modes d'affectation opérés à ce étage. Tout d'abord parce qu'on ne peut affirmer qu'une personne

---

<sup>159</sup> Ils sont considérés comme les personnes les plus exigeantes, voire les plus pénibles de l'institution par le personnel soignant. Nous y reviendrons.

est atteinte de la maladie d'Alzheimer avant sa mort qu'une fois pratiquée une autopsie. Ensuite parce que l'on a tendance à confondre les symptômes des « Démences Séniles de Type Alzheimer », DSTA, avec la maladie d'Alzheimer<sup>160</sup>. Enfin et surtout parce qu'on retrouve là tous ceux qui sont rejetés de l'institution. Les efforts d'explicitation de la part du personnel ou de la direction pour justifier ce regroupement de personnes âgées à cet étage, ne nous ont guère paru probants. Une connaissance plus fine des pensionnaires dans la durée, nous a permis de voir que l'on retrouve ici ceux que le personnel appelle les « psy » c'est à dire des personnes profondément désorientées que l'institution place là dans cet étage fermé de peur qu'ils ne fugent. Elle les considère comme ayant perdu toute raison, tout sens de l'orientation et notion de temps,<sup>161</sup> ce qui autorise des traitements proches de la maltraitance, comme nous le verrons plus loin. On retrouve également là ceux qui viennent d'autres étages et qui ont été déplacés, à la suite de l'arrivée de nouveaux pensionnaires. C'est un mode d'affectation qui peut être temporaire en fonction des mouvements internes<sup>162</sup>. Dans cet étage fermé, l'état mental déjà fragilisé des personnes âgées a tendance à se dégrader rapidement, ce qui peut légitimer à posteriori la décision de placement des personnes âgées dans ce lieu. On retrouve aussi ici ceux qui sont agressifs et qui sont enfermés pour ne pas nuire aux autres. Enfin, il y a ceux que l'institution ne veut plus voir, soit parce qu'ils sont considérés comme trop pénibles et perturbent trop la vie en collectivité dans les autres étages, parce que la manifestation de leurs pathologies dérange<sup>163</sup> ou effraie.

Les aides-soignantes qui ont intériorisé les pratiques de la direction peuvent dire parfois aux pensionnaires pour les effrayer : « *si tu continues comme ça, tu iras au quatrième étage !* ». Mais ces propos sont considérés comme un dérapage verbal de la part de la direction. Ce mode d'affectation et les pratiques de déplacement doivent rester discrètes pour ne pas effrayer les familles et éviter les conflits ouverts. Lorsque la raison de la mobilité n'est pas celui de la santé, nous remarquerons que les pensionnaires qui sont sans famille ou avec une famille peu présente sont déplacés plus facilement que les autres.

---

<sup>160</sup> « *La disparition successive des trois termes, « démence », « type » et « sénile », témoigne de la confusion qui s'opère progressivement entre les deux pathologies : les âges et les lésions se mélangent, la ressemblance devient équivalence. Au point qu'actuellement, pour le grand public comme pour un nombre très important de médecins, la « maladie d'Alzheimer » est une maladie génétique qui touche essentiellement les personnes âgées....* ». Cf. Pellisier, 2003, p 79.

<sup>161</sup> Un constat qui autoriserait leur situation d'enfermement avec plus de facilité et sans trop de culpabilité.

<sup>162</sup> Les aides-soignantes craignent ces situations de déplacement. Elles perturbent fortement l'équilibre des personnes âgées. Cf. Troisième partie, le récit de vie d'Aline Gambini.

<sup>163</sup> C'est le cas par exemple pour les dépressifs chroniques qui pleurent toute la journée.

Aux Aves, à côté de l'organisation rationnelle de l'espace, un jeu de négociations sur le lieu d'affectation peut s'effectuer au coup par coup entre le directeur, l'assistante sociale, le médecin ou l'infirmier en chef et les familles. Pour recevoir un nouveau pensionnaire, la direction peut accepter les desiderata du « client », comme le fait par exemple de lui allouer une chambre individuelle. C'est ensuite à l'infirmier en chef, en accord avec sa hiérarchie, d'assurer les conséquences de cette décision. L'arrivée d'une nouvelle personne âgée peut ainsi occasionner le déplacement de plusieurs autres en chaîne. Nous ne sommes pas ici dans une stratégie d'anticipation forte. Les affectations, comme les mobilités internes, se gèrent au coup par coup, en fonction des décès, des places qui se libèrent, des évolutions de l'état de santé des personnes âgées et des demandes des familles.

Nous assisterons, dans une réunion d'équipe, à un débat sur la question d'un éventuel changement de chambre d'une pensionnaire. L'aide-soignante Babeth fait remarquer que son problème actuellement avec Madame Bardon est qu'elle n'arrive plus à se déplacer qu'en fauteuil roulant. Le directeur adjoint qui est aussi le médecin référent de la maison de retraite dit que la difficulté vient de la situation de sa chambre qui n'est plus adaptée à sa situation. Elle loge dans une partie de l'aile du mas où il faut gravir trois marches pour accéder aux salles communes et à la salle à manger. Il conclut qu'il va falloir la changer de chambre. L'infirmier en chef propose de la mettre à l'aile des pensionnaires les plus dépendants. L'assistante sociale fait remarquer que la famille s'y est déjà opposée, il y a quelques temps. Le médecin propose d'agir en deux temps et de la mettre dans une autre chambre de cette même aile du Mas à l'étage supérieur en attendant. Cela lui permet provisoirement de contourner l'opposition de la famille. *« Il ne faut pas demander son avis à la famille mais se montrer compréhensif en la mettant à un autre étage du Mas où il n'y a pas de marches d'escalier pour lui donner sa chance, mais après il faudra la mettre au Castel. »*

Cette organisation et gestion de l'espace est très traumatisante. Au fil des changements de chambres, le pensionnaire se fait signifier par l'institution que son état de santé se dégrade et avec elle son espérance de vie.

Aux Aves, il y a les mobilités organisées et anticipées comme celle de Madame Bardon, mais les changements d'affectation se font aussi dans l'urgence, sans raison médicale. Les conséquences sont encore plus dramatiques pour ceux qui se trouvent ainsi délogés. Les aides-soignantes nous diront qu'ils perdent leurs repères et ont l'impression de ne plus avoir

de «chez eux». La mort est souvent au bout de ce processus. Aux Abeilles, la surveillante générale fera également ce constat.

A la maison de retraite des Abeilles, les mobilités sont moins fréquentes. Elles sont, pour ce que nous avons pu en voir, justifiées par des raisons médicales. Les déplacements observés sont essentiellement le passage à l'étage des «malades lourds». C'est à l'occasion d'opérations d'envergures comme la restauration de cette vieille maison de retraite<sup>164</sup>, pour une réhabilitation et une mise en conformité, que les conséquences de la mobilité sont apparues de manière visible à l'ensemble du personnel et de la hiérarchie.

*« L'année où on a déménagé pour refaire la maison de retraite, entre les huit mois avant le déménagement et les huit mois qui ont suivi, je crois que le taux moyen de décès a été multiplié par trois... »*

Marie-Noëlle, aide-soignante de nuit aux Abeilles<sup>165</sup>.

Il va sans dire que la cause des décès affichés n'a pas été celle du nouveau déracinement procuré par le déménagement. Les pathologies des pensionnaires déjà fragilisés, permettent de faire passer sous silence de tels éléments déclencheurs, sauf quand il s'agit de suicides. Beaucoup de vieillards transplantés meurent ainsi.

Une étude poussée sur ce thème mériterait d'être menée à une échelle nationale.

---

<sup>164</sup> Un très ancien hospice.

<sup>165</sup> Un constat qui sera confirmé par les statistiques des mouvements d'entrées et sorties que tient à jour l'établissement, auquel nous avons pu avoir accès.

## **L'assujettissement des êtres, la domestication des corps**

En institution d'hébergement pour vieillards, soigner ou plus exactement maintenir en vie, se conjugue avec l'enfermement via la normalisation des individus qui se réaffirme avec l'arrivée de populations plus vieilles et plus lourdement handicapées. C'est avec l'histoire des institutions de l'enfermement - hôpitaux psychiatriques, prisons, hospices, couvents – que nous avons du renouer pour étudier ces espaces pour vieillards. Sans vouloir effacer les histoires spécifiques de chacune des institutions d'enfermement dans le temps selon les techniques mises en œuvre, force a été de constater la présence d'invariants structuraux, liés à des modes de fonctionnement hyper organisés. La proximité de certaines des observations empiriques avec celles de Goffman<sup>166</sup>, cinquante ans plus tôt, à partir d'une étude sur le fonctionnement d'un hôpital, est frappante. Mais au-delà d'un certain nombre de convergences sur le fonctionnement institutionnel, ce sont les mêmes grands mécanismes de l'enfermement qui sont à l'œuvre : isolement, dépossession de soi, stigmatisation, contrôle de l'individu.

### **Le dépouillement**

Pour que les hommes et les femmes se conforment à leur assignation et se conduisent de manière appropriée, les pensionnaires sont d'abord dépouillés de leur identité sociale puis normalisés selon les marques de l'institution afin de devenir des individus assujettis. Si l'on prend comme exemple la gestion des biens personnels des pensionnaires, nous arrivons à la conclusion que la maison de retraite procède d'une mise à nu de l'individu. Elle peut être envisagée au sens propre comme au sens figuré. Tout ce qui est personnel et marque la vie antérieure du pensionnaire est mis de côté, à l'exception de ses habits – ce qui ne veut pas dire qu'il maîtrise toujours sa manière de se vêtir, ni le libre accès à ceux-ci, comme nous le verrons.

Aux Aves, les effets personnels dans les chambres des personnes âgées sont rares. Les chambres propres et lumineuses sont dans l'ensemble très peu décorées par des objets ou meubles personnels. Les chambres en sont d'autant moins investies que l'on se trouve à l'aile

---

<sup>166</sup> Une investigation qui a donné lieu à une réflexion générale sur l'enfermement. Cf. Goffman, 1994.

du Castel plutôt qu'à l'aile du Mas, aux étages des « semi-valides » plutôt qu'à celui des « Alzheimer » au sein du Castel. A ce dernier étage d'ailleurs, tous les biens des personnes sont confisqués de peur que les pensionnaires ne les détériorent ou ne les salissent. Quelques effets personnels, comme les albums photo sont gardés dans la salle d'infirmierie dont l'entrée est réservée au personnel.

Ce dépouillement des chambres des pensionnaires, participe au traitement rapide et fonctionnel de l'espace. Cela permet de gagner du temps pour l'entretien des locaux et de favoriser les déplacements d'une chambre à l'autre en cas de mobilité. Les locaux laissent une impression d'anonymat et de froideur, même si un réel travail de traitement des couleurs et de décoration a été entrepris par la direction. On se sent plus proche d'une clinique moderne de standing que d'un hôtel d'un certain rang. Tout est fait pour que les pensionnaires ne puissent pas s'approprier l'espace, que la direction reste maître des lieux. Certains pensionnaires luttent contre cette uniformité ambiante en investissant leur chambre d'objets personnels, aidés en cela par leur famille, mais cela reste rare aux Aves. De manière exceptionnelle, il peut arriver qu'un(e) pensionnaire surinvestisse sa chambre, ce qui donne une note de chaleur et d'humanité à ces lieux. Contrairement à ce que nous aurions pu penser, cette abondance qui occasionne du ménage supplémentaire n'est pas décriée par le personnel aide-soignant comme par les agents de service. Cela reste exceptionnel, il est vrai. Quelles sont les raisons de cette acceptation ? Ces chambres sont peut-être ainsi plus rassurantes, elles font fonction de rappel de l'humanité dans un lieu anonyme en manque de vie. Enthousiaste, Véronique, faisant fonction d'aide-soignante, nous invitera à aller voir la chambre d'une pensionnaire pour voir combien “ *sa chambre est belle !*”. Alors qu'elle nous ouvre la porte, non sans une certaine fierté, nous découvrirons un espace débordant d'objets. Les murs sont recouverts d'une centaine de cartes postales et de nombreuses poupées de collection sont sur les meubles et la table. Cette chambre, pour étouffante qu'elle puisse nous paraître, est un antre de souvenirs dans lequel Véronique se projette un peu. Mais ce plein ne fait que mieux mettre en valeur le vide des autres chambres.

« Une fois le reclus dépouillé de ses biens, l'établissement se trouve dans l'obligation d'en remplacer au moins quelques-uns, mais ce matériel se présente de manière uniforme et uniformément distribué. » Cet extrait tiré de l'ouvrage « Asiles » d'Erving Goffman<sup>167</sup>

---

<sup>167</sup> Op.cit., p 62.

s'adapte parfaitement à notre situation. Elle va porter sur des objets de premières nécessités. Une redistribution va se faire qui sera plus forte là où l'institution arrive le mieux à imposer ses règles, c'est à dire aux étages des plus « dépendants » ou « déments ». C'est ainsi que les pensionnaires du Mas à la maison de retraite des Aves vont pouvoir garder dans leur chambre leurs effets personnels de toilette : peigne, brosse, eau de toilette, shampoing..., ce qui ne va pas être le cas pour ceux du Castel. A l'aile des « plus valides », les aides-soignantes s'occupent de réapprovisionner individuellement les salles de bain en produits d'hygiène pour les pensionnaires – via leurs familles le plus souvent – qui ne le font pas. Au Castel, où l'aide à la toilette est généralisée, ce sont les aides-soignantes qui prennent les « choses en main » avec « leur matériel » dans « leur chariot ambulante ». Elles vont d'une chambre à l'autre et ne se servent des effets personnels des pensionnaires - s'ils en possèdent - que lorsqu'elles sont elles-mêmes à court. Dans ce cas, il n'est pas rare qu'elles les utilisent pour d'autres pensionnaires que leur propriétaire<sup>168</sup>. Pour donner une image parlante de ce processus de dépouillement/dépersonnalisation, on doit se représenter des pensionnaires comme au Castel, coiffés avec le même peigne et parfumés avec la même eau de toilette, que ça leur fasse plaisir ou non d'ailleurs comme nous pouvons le voir dans l'extrait suivant.

Extrait d'un « dialogue de sourd » entre un pensionnaire et une aide-soignante qui vient de lui donner sa toilette :

- “ *Je veux pas ça (sous-entendu de cette eau de Cologne) vous le savez*
- *mais ça sent bon* ” répond Véronique en lui en administrant vigoureusement sur le visage et le cou.

Les aides-soignantes ne se rendent même plus compte, à un certain moment, du non-désir de la personne. Elles doivent faire aux Aves une douzaine de toilettes par matinée et finir avant 11 heures et demi. Cet impératif devient l'objectif numéro un, la fin va justifier les moyens. Lorsque nous ferons part de notre étonnement devant ce mode de traitement uniformisant des pensionnaires à l'une d'entre elle, un quiproquo riche de sens s'opérera.

« - *Tous tes pensionnaires sont lavés, shampoïnés et parfumés de la même manière ?*

---

<sup>168</sup> Cela renvoie du côté des aides-soignantes qui travaillent avec un timing serré, au fait qu'elles ont à se débrouiller pour accomplir les toilettes des pensionnaires avec du matériel de première nécessité parfois manquant plusieurs jours consécutifs. Il peut s'agir aussi des habits des pensionnaires pas encore remontés du service de lingerie. Dans ce cas, elles puisent dans un stock de linge que les familles de parents décédés ont laissé à l'institution. Si elles ne trouvent pas là non plus, elles prennent un habit d'un autre pensionnaire.

- *Oui je sais, tout est en commun ici, ce n'est pas hygiénique.* » répond Laïla, aide-soignante.

Alors que nous souhaitions l'entendre s'exprimer sur les pratiques homogénéisantes que subissent les pensionnaires, Laïla pense que nous faisons allusion au manque d'hygiène lié à ce mode de pratique. Cette jeune aide-soignante qui vient d'obtenir son diplôme, veut nous montrer qu'elle connaît bien son métier mais que les conditions de travail ne sont pas réunies ici pour travailler comme on le lui a appris en formation.

A la maison de retraite des Abeilles, Mélanie en emploi-jeune a été embauchée pour améliorer le confort de vie des personnes âgées. Il lui a été demandé notamment de s'occuper du rangement des armoires des pensionnaires. Investie de cet objectif, elle a profité des après-midi où les chambres étaient vides pour mettre de l'ordre. Cela s'est mal passé au début car elle l'a fait sans l'accord des personnes âgées. Une fois qu'elle a été mieux connue par les pensionnaires et considérée par eux comme faisant partie du personnel, les protestations se sont réduites. Ce qui ne veut pas dire que cette tâche ait été bien acceptée pour autant mais le constat a été fait au niveau institutionnel que les plaintes ont baissé. Mélanie nous dira : « *ils se sont habitués* ». Il n'a pas été envisagé par la hiérarchie que ce service pouvait être vécu par les pensionnaires comme une ingérence dans leur intimité. Les plaintes ont été mises sous le compte de la difficulté des personnes âgées à s'adapter au changement, à modifier leurs habitudes. Un moyen de retourner l'agression vers ceux qui en sont les victimes en les traitant de « *râleurs* ».

Que se soit à l'armée, en prison ou au pensionnat, « *au moment d'entrer dans ces espaces clos, la structure dépouille et organise des rituels de dépossession marquant ainsi son caractère disciplinaire* » affirme Goffman dans « *Asiles* ». Le dépouillement et la mise au pas touchent le pensionnaire dans les différents aspects de sa vie. La rupture se vit lors de l'entrée en établissement gérontologique et elle se prolonge dans l'organisation de vie quotidienne. Elle ne concerne pas seulement l'aspect matériel, elle touche aussi aux codes sociaux et aux habitudes de vie. C'est souvent aux erreurs de comportements des nouveaux arrivants ou à leurs questions naïves que l'on perçoit le mieux qu'ils ne sont pas encore « *rentrés dans le moule* ».

## Les différentes formes de l'assignation

### *L'infantilisation des personnes âgées*

Faible et vulnérable, en demande de protection régulière, les personnes âgées sont souvent identifiées à des enfants et ce d'autant plus facilement qu'elles pourront se conformer à cette image pour exprimer leurs états de vulnérabilité, ce qui va renforcer ce processus d'identification. L'institution d'hébergement, qui se fait l'écho amplifié de ce que la société pense des personnes âgées, les tient en état de sujétion.

L'idée qui autorise à infantiliser les personnes âgées s'appuie sur le raisonnement suivant : l'avancée en âge des pensionnaires les conduirait à s'enfoncer toujours plus avant dans un processus de régression. Ce thème couple deux conceptions, celle de l'involution de la vieillesse et celle de la régression infantile au fur et à mesure de l'avancée en âge. Il est clair qu'on ne peut pas, quel que soit son âge, redevenir l'enfant qu'on a été, ni effacer ce que l'on a vécu pour remonter le temps. Ce qui est visé ici ce n'est pas tant le fait de redevenir enfant que de devenir comme un enfant et de se comporter comme tel.

Perdant leur statut d'adulte, les pensionnaires perdent ainsi leurs capacités d'être considérés par les personnels comme des alter ego possibles, des « seconds moi-même »<sup>169</sup>. Cette stigmatisation va favoriser leur assujettissement, permettre aux aides-soignantes d'engager « une relation d'aide et de soin basée sur un modèle parental »<sup>170</sup> et à l'institution de devenir surprotectrice<sup>171</sup>. Agissant ainsi, la structure répond à une des demandes explicites qui lui est faite de prise en charge les vieux qui aboutit à une prise en charge invalidante de l'autre, loin de toute prise en compte de ses désirs, niant leur subjectivité.

Puisqu'ils ne s'appartiennent plus, qu'ils ne sont plus que l'ombre d'eux-mêmes, on va donc protéger les pensionnaires, y compris à leur insu, mais toujours pour leur bien. Et le médecin

---

<sup>169</sup> « Ce processus de reconnaissance du statut humain des sujets déficitaires, implique d'admettre, en même temps, ses propres limites et défaillances. Le reconnaître comme un autre soi-même, c'est pouvoir supporter l'idée que ce qui l'atteint peut nous atteindre, que ce qu'il met en scène de plus primaire (au plan de l'angoisse, des désirs, de la relation) est ce qui nous constitue également. » Cf. Trouilloud, 1998, p 42.

<sup>170</sup> Cf. Ploton, 2000.

<sup>171</sup> Nous avons vu qu'une des demandes faite à l'institution d'hébergement est de s'occuper, pour le mieux, des vieux dont plus personne ne veut, ce qui aboutit dans les faits à une prise en charge invalidante de l'autre. Les familles quant à elles, sont soucieuses qui n'arrive rien à leurs proches en établissement en leur absence. Cela est de nature à renforcer le mythe du contrôle continu et permanent des individus.

psychiatre Louis Ploton de se demander la raison et la justification d'un certain nombre de comportements d'imposition. « *Au nom de quoi attache-t-on un malade, l'enferme-t-on, lui donne-t-on des médicaments, de force ou par ruse, le force-t-on à manger ? Au nom de quoi disqualifie-t-on le refus exprimé depuis les profondeurs même de l'individu lorsqu'il s'arrache sa sonde ? Certes il y a la pression des familles, mais on peut aussi voir avec elles où se situent les bénéfices et les risques d'une solution (ses effets délétères) : au prix de quel inconfort peut-on contraindre quelqu'un à vivre ?* »<sup>172</sup>

Cette assignation participe au processus d'infantilisation des vieux, elle est encore plus aisée lorsqu'il s'agit de déments, dans le sens où la démence introduit le doute quant à la nature humaine de la personne. Il n'est plus alors nécessaire de leur faire revêtir l'identité d'enfant capricieux, exigeants, râleurs... Les qualificatifs affluent pour abaisser l'autre, le tenir éloigné de soi. Qu'il soit enfant ou dément, le personnel va se sentir autorisé à se laisser aller à les materner, les gronder, leur dire d'arrêter de dire ou faire des bêtises, agissant selon des modalités relationnelles régressives et autoritaires. Ce mode de traitement est assez banalisé en institution d'hébergement. Les exemples illustrant cette posture défensive abondent, nous en citerons deux.

« *On leur donne à manger, on les lave, on les console, on les reconforte, ce sont des petits bébés. (rire) Mais c'est vrai que des fois on crie pour leur bien, parce qu'ils ne veulent pas manger. Sinon si on les laisse, il y en a qui ne mangent pas. Il faut les faire boire, il faut les faire se laver, si on les laisse, peuchère ils maigrissent, ils ne mangent pas.* »

Marie-Laure Orrizo, faisant fonction d'aide-soignante aux Aves.

« *Tu manges comme un bébé, prends ta serviette tu t'en mets de partout.* »

Marie-Hélène, agent de service aux Abeilles à une pensionnaire.

### ***Parler de la personne âgée en sa présence à la troisième personne***

Parler de la personne âgée en sa présence à la troisième personne du singulier : « *Comment va Mr X, il a bien dormi, le week-end a été bon...* » comme on peut le rencontrer en maison de retraite, à l'hôpital ou dans d'autres espaces de soin, est plus qu'un effet de rhétorique. C'est

---

<sup>172</sup> Op.cit.

l'expression à nouveau d'une distance du personnel soignant envers leurs interlocuteurs. Cela témoigne de la faible place pour un « je » s'adressant à un « tu » ou un « vous » en institution. Mais lorsqu'il s'agit de parler du pensionnaire, sans s'adresser à lui, en présence d'un tiers, un pas supplémentaire est franchi dans le processus de désobjectivation des vieux. Cette occultation s'accompagne d'une déconsidération de l'autre, d'une dégradation de son image. L'humour qui permet parfois de dédramatiser une situation difficile laisse alors place à la dérision ou l'ironie.

Le personnel soignant n'attend pas toujours d'être en salle d'infirmerie pour dire ce qu'il pense de tel ou tel pensionnaire. Devenant invisible à force d'être réifié, on parle de lui devant lui comme s'il n'était pas là, sans s'en rendre vraiment compte. C'est comme s'il fallait toujours plus dégrader l'humain car toujours il revient, menaçant.

A la maison de retraite des Abeilles, deux salariées, une aide-soignante et une agent de service, Nathalie et Cécile, lavent Madame Malon, une personne d'un poids conséquent, qui à la suite d'un arrêt vasculaire cérébral, s'exprime difficilement, essentiellement par onomatopées. L'aide-soignante s'approche d'elle, la lève de son lit pour la mettre dans un palan. D'un ton enjoué elle dit : « *voilà ma belle de Cadiz.* » Au moment de lui changer de couche, elle dit à sa collègue : « *heureusement qu'il y a des bourrelets, ça sert les bourrelets pour coincer la couche.* Puis s'adressant à moi : « *Aujourd'hui elle participe parce que des fois, bonjour !* »

On peut considérer que cette manière de parler de l'autre sans s'adresser à lui, est un signe de manque de professionnalisme de la part du personnel. Ces pratiques ne sont-elles pas non plus le reflet de la manière dont l'institution et plus généralement la société toute entière considère la place et le rôle du vieux ?

« *Le vieillard on parle de lui mais on ne lui parle pas* » affirme Louis Ploton<sup>173</sup>. Un des effets du rejet de la vieillesse et de sa médicalisation n'est-il pas celui-là ? Nous serons frappés du temps consacré par les institutions à parler du « cas » de monsieur untel ou de madame une telle et du peu de temps objectivement consacré à parler avec lui et à l'écouter. A la maison de retraite des Abeilles des « débriefing » d'une demi-heure environ sont organisés quotidiennement pour passer en revue les situations individuelles préoccupantes. Comme le

---

<sup>173</sup> Cf. Ploton, 1982.

fait remarquer Michel Foucault lorsqu'il parle des mécanismes modernes d'enfermement de l'individu, celui-ci devient « *objet d'une information, jamais sujet dans une communication*<sup>174</sup> ».

## **La priorité donnée aux besoins physiologiques des corps**

### ***La déssexualisation des vieux***

Les vieux sont peut-être objet de savoir, mais on ne leur reconnaît pas le droit d'être sujet de désir. En institution, il est frappant de voir à quel point la sexualité des vieilles personnes est occultée. Ce déni fait écho aux préjugés des sociétés occidentales selon lequel avec l'âge, il y a un désinvestissement progressif et irréversible de la sexualité - on voit poindre encore une fois l'idée de l'involution de la vieillesse. Une position qui s'affirme encore plus fortement lorsqu'il s'agit des femmes. Ce qui permet ensuite à l'institution de tenir un discours sur l'absence de désir chez les personnes âgées, autre que celui de manger<sup>175</sup>. On a affaire aux corps des vieux, appréhendés comme une enveloppe extérieure que l'on peut traiter techniquement et se les approprier pour mieux les désapproprier d'eux-mêmes.

Les corps des vieux à la peau flétrie, transformés par l'âge doivent être cachés. C'est ce que nous rappelle notre société de consommation centrée sur le mythe de la jeunesse éternelle. Les corps qui sont montrés sont des corps jeunes, et s'ils ne le sont pas, au moins sont-ils en bonne santé et vaillants. Les publicitaires se font l'écho de cette représentation. On pensera par exemple à une campagne publicitaire télévisuelle en 2002 pour l'eau « Volvic », présentée comme une eau de jouvence. Dans l'une de ces séquences, on y voit des « seniors » qui sont en train d'interpréter une chorégraphie aquatique, preuve de leur vitalité et souplesse corporelle non altérés par le temps...

Les corps des vieillards ne peuvent plus être des lieux de plaisir et de jouissance. Ils sont déssexualisés. La sensualité leur est déniée. L'Eros, terme par lequel les grecs désignait l'Amour et que Freud identifiait aux pulsions de vie n'existe plus. Le vieillard est celui qui quitte la vie, il est considéré comme un « être pour la mort ». Et si sa sexualité se manifeste

---

<sup>174</sup> Cf. Foucault, 1985, p 202.

<sup>175</sup> Cette sur-valorisation de l'oralité permettant de renforcer le stigmate de l'infantilisme des vieux. Cf. Deuxième partie, chap. « Maison de retraite, mère nourricière ? »

malgré tout, elle sera souvent considérée comme monstrueuse, à l'image des corps « abîmés », et déviante. Elle sera tantôt envisagée sous un mode pulsionnel voire violent, tantôt sous un mode régressif et infantile. Les aides-soignantes nous parleront de pratiques onanistes, parfois homosexuelles, essentiellement chez des hommes ou s'il s'agit de relations hétérosexuelles, de relations souvent violentes à l'instigation de certains hommes déréglés ou identifiés souvent à des « malades mentaux ».

*« J'ai surpris un jour, ça m'a même choquée, pas choquée, mais je me suis dit : " Pétard, Raymond ! " Il était seul dans sa chambre, je suis rentrée pour placer du linge, il ne m'a même pas vu. Et il était en plein travail. Je n'ai même pas placé son linge, je suis ressortie. Je l'ai laissé, j'ai dit : " J'attends qu'il termine " (rire). Véronique, m'avait dit aussi que monsieur Abel se masturbait sous la douche... »*

Aline, aide-soignante, faisant fonction aux Aves.

*« - ... Tu sembles me dire qu'à partir d'un certain âge, les rapports sont déssexualisés ?*

*- Oui, totalement, totalement, je pense. Je vois pour les collègues de l'autre aile (le Castel) c'est un peu pareil, sauf que de l'autre côté, il y a un monsieur qui est un peu vicieux, lui ça lui plaît (d'être lavé par une aide-soignante), mais c'est une exception. A cet âge là, en maison de retraite, il n'y a pas de refus des hommes à être lavé par des soignantes, comme j'ai pu connaître une fois en hôpital pour la toilette d'un jeune homme. Par contre les dames, c'est autre chose, même âgées, certaines ont une certaine pudeur, elles préféreront être lavées quand même par une femme. Mais du côté des hommes, non, non, ils sont passés au-dessus de tout ça. »*

Babeth, aide-soignante au Aves à l'aile du Mas.

En fait, la sexualité à un âge tardif est présentée comme étant « contre nature ». Ce n'est que si elle se manifeste sous forme très édulcorée, identifiée à une blquette enfantine ou à un amour platonique qu'elle pourra être reconnue et acceptée, l'ardeur de la sexualité s'étant dissipée avec l'altération corporelle.

En institution, les traitements et rythmes imposés aux individus, le sort qui leur est réservé, sont considérés comme neutres, alors qu'ils génèrent de la violence, une violence qui se manifeste aussi sur un plan sexuel. Pour ne pas se poser ce type de question, l'institution préfère « psychologiser » le vieillard. Dans les espaces où elle affirme plus fortement son

contrôle sur les personnes âgées - situations des pensionnaires les moins valides - la violence y compris sexuelle est plus fréquente. Cela se manifeste déjà dans les échanges verbaux avec les aides-soignantes, dans l'usage plus fréquent de mots grossiers, de propos obscènes.

Rien, dans l'organisation de l'espace et la vie quotidienne n'est pensée pour favoriser la rencontre. Il n'y a pas d'espace intime, les chambres peuvent être ouvertes à tout moment par le personnel d'entretien ou le personnel soignant qui, même s'ils frappent avant d'entrer, n'attendent généralement pas la réponse des pensionnaires, considérés comme trop lents, mal entendant ou n'ayant plus leur raison pour pouvoir répondre.

Refus de la sexualité, refus du désir et du plaisir de désirer, les aides-soignantes rencontrées envisagent difficilement le fait qu'une personne âgée puisse se mettre à aimer quelqu'un(e), même si cela ne se traduit pas dans une sexualité génitale. Les moqueries autour des « béguins des pensionnaires », entre eux ou envers les personnels, sont fréquentes de la part des salariés. Cela participe de la dépréciation de la personne âgée, on ridiculise ses désirs. Or comme le fait justement remarquer Simone de Beauvoir « *Le vieillard souvent désire désirer, parce qu'il garde la nostalgie d'expériences irremplaçables, parce qu'il reste attaché à l'univers érotique qu'a construit sa jeunesse ou sa maturité : c'est par le désir qu'il en ranimera les couleurs pâlistantes. Et c'est aussi par le désir qu'il éprouvera sa propre intégrité.* »<sup>176</sup> Les personnes âgées en institution sont condamnées à une forme de solitude extrême<sup>177</sup>, censurées dans leurs désirs amoureux. Nier les désirs des personnes âgées est une manière symbolique de les tuer.

La maison de retraite est une mise hors jeu de la séduction et nous serons par exemple frappés de voir qu'aux Aves, nombre de femmes-âgées, ne portent plus de soutien-gorges. Ils ont été mis de côté quand ils n'ont pas disparu des armoires.

La manière d'envisager ou de ne pas envisager la sexualité est considérée différemment selon les sexes. Elle fait l'objet d'un déni plus fort chez les femmes. En institution, une pensionnaire qui manifeste un désir sexuel paraît toujours plus inconvenante que lorsqu'il s'agit d'un homme. Pour un pensionnaire, la situation paraîtra moins choquante. Si elle

---

<sup>176</sup> Cf. Beauvoir, 1970, p.339.

<sup>177</sup> Plus ou moins forte selon qu'elles reçoivent ou non des visites, qu'elles ont des liens avec des personnes extérieures à l'établissement.

s'exprime, elle est tolérée, même si cela sera au prix d'une stigmatisation. Le vieux est alors identifié à un « dragueur », une personne lubrique « portée sur la chose » ou encore un « vicieux ». Cette différence de genre nous semble être l'aboutissement de préjugés selon lesquels les femmes sont moins investies que les hommes sur la sexualité, que leurs appétits sexuels sont moins forts... Des représentations qui s'appuient sur des discours liés aux effets de la maternité, à la place de l'enfantement, à l'arrivée de la ménopause... Elles renvoient d'un point de vue sociologique à leurs statuts de dominées au sein d'une société où le pouvoir est majoritairement détenu par les hommes.

*« - On avait discuté l'autre jour de la sexualité chez les pensionnaires, tu m'as parlé des érections ...*

*- Oui oui, ah oui oui, (rire) parce que bon, un homme, c'est un homme ! Et c'est vrai que peut-être de se faire laver par une femme... Ca m'est arrivée encore quand ? L'autre jour, avec monsieur Demange, quand je l'ai lavé. En me baissant pour lui laver la jambe, j'ai remarqué que son sexe avait bougé. Je n'ai rien dit, j'ai continué à parler de la Noël, comme si de rien n'était. Et lui a continué à parler aussi, peut-être qu'il ne s'en est même pas rendu compte. »*

Aline, faisant-fonction d'aide-soignante.

En conclusion, on pourrait dire que si la sexualité n'est pas combattue explicitement dans les maisons de retraite, comme dans d'autres institutions comme les institutions religieuses, elle n'est pas pour autant reconnue. Mais il nous semble pouvoir aller plus loin et dire qu'une manière de combattre la sexualité en maison de retraite est de la nier et si elle se manifeste de trouver les moyens de la faire disparaître, en la ridiculisant par exemple. Les maisons de retraite médicalisées prennent en charge les corps fatigués, malades ou usés. Elles assurent ce qui est nécessaire à la reproduction biologique des individus mais elles ne leur reconnaissent pas le droit de désirer ou d'aimer librement.

Seuls les couples mariés ou vivant maritalement qui arrivent ensemble en maison de retraite sont réellement acceptés. Les autres couples, ceux qui peuvent se former en institution, sont rares et globalement peu appréciés par la direction car potentiellement source de désordre et de conflit avec les familles, qui peuvent voir dans toute nouvelle union un risque de dilapidation de l'héritage. Lorsque des pratiques amoureuses dérangent l'institution, celle-ci peut mettre en place des pratiques plus directes de répression. Nous serons ainsi témoin au

Aves d'un changement d'affectation de deux hommes en chambre double qui avaient de toute évidence une relation homosexuelle. Aucune explication ne sera donnée sur les motifs de ce déplacement.

### *La maison de retraite, mère nourricière ?*

Même si les repas sont vite expédiés, ils laissent encore place, selon les lieux de la maison de retraite, à la notion de plaisir donnant à la nourriture, le statut de seul plaisir réellement autorisé par l'institution. Ce constat n'est pas sans rappeler la conception infantilisante dans laquelle sont mis les vieux. La seule sexualité qui leur soit en fait pleinement accordée, c'est celle de l'oralité, qui renvoie au premier stade de la petite enfance et confère aux soignantes, en grande majorité féminines, le statut symbolique de « mère nourricière ». Aussi ne sera-t-on pas surpris de constater que les aides-soignantes, sont en règle générale beaucoup plus permissives quand les pensionnaires mangent trop, que lorsqu'ils ne mangent pas ou pas assez.

L'anorexie est une des bêtes noires de l'institution et les aides-soignantes luttent contre les personnes qui refusent de manger. Ce refus est vécu par elles comme une forme d'échec de leur travail quand il est ressenti par l'institution comme la manifestation d'une défaillance, d'un manquement vis-à-vis de ceux qui lui ont confié la garde de la personne âgée, que se soit la famille ou d'une manière plus abstraite la société. L'anorexie renvoie au syndrome de glissement et peut être considérée comme un suicide « à petit feu ».

Christine, une aide-soignante des Abeilles, nous dira, au sujet d'une pensionnaire qui a perdu 30 kilos en 10 mois, qu'elle est parfois obligée de lui tenir les mains et d'élever la voix pour qu'elle mange. Aux Aves, Monsieur Rosetti refuse de manger, alors on lui fait passer les liquides par la sonde alimentaire. Madame Navarro est attachée à son lit car elle enlève les perfusions qui constituent sa seule façon de se nourrir. Toute une violence accompagne ces actes de nourriture volontaire.

Marie-Laure, faisant fonction d'aide-soignante aux Aves, nous explique : « *C'est sûr qu'on ne les bourre pas, qu'on ne les gave pas, mais, si on ne leur donne pas à manger, elles ne mangent pas. Quelquefois à la deuxième cuillère, elles n'en veulent plus, on insiste un peu*

*parce que sinon ils deviennent rachitiques. C'est sûr, on est obligé de crier de les forcer un peu à manger sinon elles ne mangent pas. Si nous on s'en fout, elles dépérissent. »*

A l'opposée, les personnes âgées qui ont un surpoids font l'objet de plus d'indulgence. Le dictat de notre société sur la minceur ne joue pas ici. Les personnes âgées sont mises hors du monde. C'est pour les toilettes qu'elles sont redoutées, le reste du temps, elles sont acceptées, parfois plaisantées mais jamais raillées par le personnel soignant. Monique, aide-soignante des Aves nous présente une pensionnaire en disant d'un ton jovial, *“ Je vous présente Madame Rivoire, ce n'est pas un poids plume ! ”*. Visiblement agacée la pensionnaire lui répond : *“ Comment voulez-vous que je maigrisse, vous me gavez comme une oie ! ”*. Les pensionnaires peuvent ressentir cette centration de tous les désirs vers cette seule satisfaction comme excessive.

Le corps médical fait une autre lecture de cette question du surpoids des personnes âgées qu'il analyse en terme de santé. Il est plus préoccupé par les effets secondaires et risques de troubles associés aux prises de poids excessives des personnes âgées qui ne font pratiquement plus d'exercice physique au cours d'une journée. Ils prescrivent des régimes alimentaires pas toujours bien vécus par elles. Les aides-soignantes doivent alors être vigilantes aux écarts. Mais elles ne le vivent pas toujours bien. Lorsqu'il s'agit de réfréner l'appétit des pensionnaires, elles sont parfois réticentes et s'indignent des préconisations médicales qu'elles jugent parfois trop sévères. *“ Pour le temps qui leur reste à vivre, pourquoi leur faire faire un régime, il faut les laisser un peu tranquille ”*

Béatrice, aide-soignante aux Aves.

Le trop plein, est toujours mieux accepté que le manque. Souvent les aides-soignantes préfèrent fermer les yeux lorsqu'elles voient un pensionnaire au régime emporter un peu de nourriture du repas sous son manteau pour le remonter en douce dans sa chambre. La nourriture est appréhendée dans sa dimension nutritionnelle par le corps médical alors qu'elle est perçue dans sa dimension affective par les aides-soignantes - comme par les agents de service dans ce cas.

Monique, aide-soignante, aura plaisir à la fin de la distribution d'un goûter de donner des biscuits supplémentaires à ceux qui lui demandent. Gaby qui est un des rares pensionnaires à se déplacer régulièrement d'une aile à l'autre des Aves, en profite pour obtenir des doubles

rations. Nous le verrons aller quémander un deuxième café à l'aide-soignante Carine qui n'est pas dupe de son jeu et le plaisantera. Elle qui peut être très exigeante envers les pensionnaires est, sur ce chapitre, des plus conciliantes. Nous la verrons un jour donner un paquet de « petits beurre » à un pensionnaire qui lui réclamait un biscuit supplémentaire. Une fois parti, elle nous dit en souriant : « *on le retrouvera dans le placard d'ici peu !* »

Des enjeux affectifs se codent dans ces quêtes de nourriture que certains pensionnaires ne mangent même pas, mais gardent près d'eux, au chaud, dans leur placard, luttant ainsi contre une impression de dénuement. Pour les aides-soignantes, ces gestes sont l'occasion de pouvoir faire-plaisir et de vivre un temps non conflictuel avec les pensionnaires.

Si la nourriture est l'un des seuls plaisirs reconnus en maison de retraite, cela n'est pas homogène selon les lieux. A la maison de retraite des Aves, à l'étage « Alzheimer », les pensionnaires dans leur majorité ont besoin d'une aide alimentaire. La plupart des repas servis sont hachés. Pour aller plus vite, l'aide-soignante de l'étage, accompagnée par un agent de service, mélangent les hachés. L'entrée et l'entremet ne forment plus qu'un seul plat, ce qui revient à donner à manger une bouillie au goût infâme, ni chaude ni froide, mais plus vite avalée. On voit ici une forme de maltraitance s'exercer. Il faut aller vite, faire ce qu'il y a à faire et s'en tenir là. L'essentiel, étant que tous les pensionnaires de l'étage mangent leur ration pour qu'ils ne dépérissent pas. Les repas sont ici pensés comme une simple nécessité biologique et les pensionnaires sont réduits à des organes digestifs. Les logiques gestionnaires et socio-médicales aboutissent à infliger des traitements aux personnes âgées dans lesquels les dimensions éthiques sont largement bafouées.

Lorsqu'une telle mécanique est enclenchée, que la cadence prend le pas sur la dimension humaine, nous entrons dans le registre de la maltraitance et la frontière est alors tenue avec les comportements plus offensifs qui consistent à ne pas donner à manger aux pensionnaires pour ne pas perdre de temps et terminer les tâches qui sont imparties aux aides-soignantes. Ceci n'est plus qu'une question de degré dans les processus de désubjectivation de l'autre, en l'occurrence les personnes âgées.

Quand la satisfaction des besoins, inscrite dans une logique économique de rationalisation et d'intensité du travail devient prépondérante, une nouvelle étape dans l'instrumentation de l'autre est franchie. Les services qui sont conditionnés par des impératifs gestionnaires sont en

fait à leurs services. La logique économique devenant une fin en soi, elle a tendance à expulser encore plus loin l'humain.

Nous serons ainsi témoins de goûters oubliés à l'étage « Alzheimer » et d'absences régulières de sollicitation pour faire boire les pensionnaires. Pendant les repas, par exemple, un seul verre d'eau est donné. Il est servi à la fin pour que les pensionnaires n'éprouvent pas la sensation de soif et ne réclament pas à boire. Servir un verre d'eau en début de repas, c'est risquer de devoir les resservir une deuxième fois à la fin. Le personnel troque alors son identification à la mère nourricière pour devenir un personnel discipliné perdant ainsi son humanité. Ces pratiques ne sont pas forcément calculées et anticipées. Elles se vivent dans le silence. Elles découlent du système de rationalité instrumentale dans lequel sont prises les aides-soignantes.

A l'autre bout de la maison de retraite des Aves, à l'aile des plus « autonomes » au Mas, la réalité est différente. La nourriture est considérée ici comme un plaisir légitime, elle est valorisée par l'institution qui leur donne la possibilité de choisir les menus, en fonction des éventuels régimes alimentaires de chacun<sup>178</sup>. Mais, ici aussi, des formes d'instrumentation de l'autre sont visibles. Le service est rapide et les repas sont souvent escamotés. Ils ne durent jamais plus d'une demi-heure. Le personnel de restauration en sous-traitance, connaît une intensité de travail encore plus forte que les aides-soignants, leur temps est minuté toute la journée...

Les repas sont des moments délicats à gérer en maison de retraite. Ils peuvent vite tourner à de l'affrontement verbal, plus rarement physique. Les pensionnaires expriment souvent leurs mécontentements à ces moments-là, qui se codent sur la nourriture. Et ce d'autant plus fortement qu'aux Aves, la hiérarchie s'est engagée vis-à-vis des pensionnaires, des familles à une certaine qualité de service pour fortifier sa réputation. Faisant cela, elle s'est mise en position d'être redevable des pensionnaires sur ce point précis. Une faille dans un tel système que les pensionnaires exploitent, eux qui par ailleurs n'ont pas droit au chapitre. Les protestations portent sur la qualité de la nourriture, aliments trop chauds, trop froids, trop durs puis se prolongent sur le confort des locaux, pourtant assez soignés, pièce trop froide, trop

---

<sup>178</sup> Cf. Première partie, chap. « Le modèle de service de type hôtelier ».

ensoleillée, pour se terminer par des conflits entre pensionnaires. Les « trop » renvoient au vide que les pensionnaires ressentent et expérimentent au quotidien.

Les critiques pendant les repas, qui dépassent largement le cadre des contestations ponctuelles sur la nourriture, ne peuvent mieux s'exprimer qu'ici. Le temps du repas est un moment collectif où le poids de la surveillance médico-sociale est plutôt ténu. Les plaintes émises ont peu de chance de se retourner contre les individus. C'est un moment difficile à passer pour les personnels mais qui sont ensuite sans conséquence sur l'organisation générale. Ces contestations ne s'organisent pas en revendication. Des pensionnaires se libèrent un peu pour mieux reprendre ensuite leur place. L'aide-soignante, présente pendant le repas, fait de son mieux pour atténuer les conflits. Elle tente de les anticiper en réorganisant par exemple les tables en fonction des affinités du moment. Pendant les repas, elle répond de son mieux aux sollicitations immédiates des pensionnaires, tout en donnant un coup de main à l'agent de restauration, pour faire activer le repas.

A l'aile du Castel, la logique gestionnaire et rationalisante domine, même si elle est poussée moins loin qu'à l'étage Alzheimer. Dès 17h30, les résidents s'avancent pour le repas du soir qui débute vers 18 heures, après la distribution des médicaments. Cette fin d'après-midi, Nadia, agent de restauration s'adresse aux soignantes d'un ton enjoué : « *aujourd'hui c'est un repas facile, il y a de la purée avec du jambon. Presque tout le monde en mange et ça va être rapide.* »

Facilité rime ici avec rapidité. A 18 heures 20, les pensionnaires ont en effet quitté les tables et les aides-soignantes pourront peut-être, ce soir, finir leur service un peu plus tôt ou du moins souffler un peu avant de repartir chez elles, une fois le personnel de nuit arrivé.

Les tensions pendant les repas sont ici aussi présentes. Monsieur Campo, réputé atteint de la maladie d'Alzheimer, ne cesse de demander un verre de vin. Il a oublié qu'il en a déjà bu un et qu'il n'a pas le droit à d'autres, pour des raisons de santé. Anaïs, agacée par sa demande réitérée, finit par lui dire d'un ton ferme que s'il a déjà bu son verre de vin, « ce n'est pas son problème ». Leïla qui se trouve cachée derrière un panneau entre la cuisine et la salle de restauration, entendant la réponse d'Anaïs surenchérit en disant sur un ton exaspéré : « *on n'est pas au restaurant ici* ». Un brouhaha va alors se propager dans la salle de restauration pour devenir un brin menaçant. Les pensionnaires n'ont pas apprécié cette remarque et le font savoir. Les autres soignantes prennent le relais et arrivent à calmer le jeu en plaisantant avec

quelques-uns pour éviter que cela prenne une tournure délicate. Leïla, visiblement épuisée, se rendant compte de son erreur, va alors s'isoler<sup>179</sup>. Les revendications sont, à cette aile, moins fréquentes qu'au mas, mais elles sont plus fortes quand elles apparaissent, liées à l'état de sujétion plus important dans laquelle les personnes âgées se trouvent prises<sup>180</sup>.

Des expériences en maisons de retraite nous ont été relatées, par des professionnels du secteur, pour lutter contre la tendance à l'uniformisation des temps de repas, pris tous les soirs entre 17 heures 30 ou 18 heures 30 dans beaucoup d'établissements d'hébergement. L'objectif est de transformer les repas en moments conviviaux et de mettre en place des self-services avec de larges plages horaires pour permettre aux personnes âgées de manger quand elles le désirent. Ces expériences ne sont pas toujours concluantes. Dans l'une d'elle, il a été constaté que la grande majorité des pensionnaires arrivaient à l'ouverture des services, provoquant ainsi de longues files d'attente et un mécontentement proportionnel à cette durée. Poussés par la peur de manquer de nourriture, la peur de ne plus avoir le choix, ou simplement l'ennui, l'initiative n'a pas marché.

Les repas sont des moments très attendus par les pensionnaires, c'est souvent leur seule distraction. Cela rythme leurs journées souvent assez vides. Ce sont des repères importants. Les personnes âgées demeurent impatientes d'aller manger même lorsque cela s'effectue très tôt dans la journée. Nous constaterons pour notre part quantité de pensionnaires demander l'heure au personnel, pour savoir s'ils vont pouvoir bientôt manger ou non. Changer un des aspects du quotidien de vie des pensionnaires sans appréhender le contexte global d'esseulement et d'ennui, peut vouer certaines expériences, louables en soi, à l'échec.

---

<sup>179</sup> Un mois après cet incident, elle aura quitté la maison de retraite n'acceptant pas le renouvellement de son contrat à durée déterminé.

<sup>180</sup> Dans le roman « Les jours heureux », le personnage principal de trente cinq ans qui vit dans une maison de retraite nous parle, à sa manière, de ces temps de repas. Voici un extrait : « *Les infirmières ont descendu au préalable les « semi-valides » pour éviter tout bouchon, et ils attendent hargneusement à leur place que le service commence - « Pourquoi on nous fait descendre si tôt ? » Des retardataires arrivent au guidon de leur déambulateur, dodelinant de la tête et avançant en terrain miné un chausson après l'autre. Chef est déjà installé, les deux poings sur la table, bien campé sur sa couche d'incontinent, murmurant ses éternelles doléances. Je m'assois à ma place attirée, respectant l'ordre consacré pour ne pas contrarier les habitudes de mes compagnons de table. Peu à peu le réfectoire se remplit. Un brouhaha bougon envahit la salle, rythmé par les roulements de couverts impatients des parkinsoniens. Perdus, les « Alzheimer » cherchent encore leur place. » Cf. Graff, 2001, p.22.*

## **Les pratiques hygiénistes et médicales**

Les soignants sont en relations régulières avec les pensionnaires. Mais les contacts tactiles ou verbaux se font essentiellement lors de temps imposés par l'institution en cohérence avec l'organisation de travail des soignants. Ils se situent sur les registres de l'hygiène et la santé. A travers la lecture des cahiers de transmissions que les aides-soignantes remplissent, c'est une vision organique et parcellaire du pensionnaire qui nous est proposée. Il est dit, s'ils n'ont pas bien mangé, comment s'est passé leur transit, s'ils ont connu un épisode fiévreux, fait une chute... Il est mentionné aussi le jour où un soin a été fait, les ongles coupés, un bain thérapeutique donné... mais jamais rien sur la santé morale des personnes âgées.

Les besoins physiologiques sont largement observés, laissant de côté les dimensions subjectives. C'est aux corps des personnes que l'on s'adresse plus qu'aux personnes elles-mêmes. Des corps qui ne sont pas pris comme des lieux d'histoire et d'émotion mais comme des objets en partie inanimés et abîmés, qui demandent réparations et assistances régulières. Ce regard et ces attitudes vont être relayées par la mise en œuvre d'un discours savant à dominante médicale, duquel va découler des normes médico-sociales, qui vont légitimer, apporter une caution légale à l'action répétée des soignants sur les corps des pensionnaires, que se soit sur le registre médical comme sur celui de l'hygiène. Cette représentation va structurer et organiser la prise en charge des personnes sur les dimensions médicales et sur les besoins liés à la reproduction des fonctions physiologiques.

### ***Les jeux et les enjeux autour de la prise de médicament.***

La distribution de médicament est une sorte de rituel qui commence la journée et ponctue ensuite son déroulement. Elle va généralement de pair avec l'arrivée des repas, l'une précédant l'autre. Le matin, la majorité des pensionnaires sont déjà réveillés mais attendent, lumière éteinte, dans leurs chambres, leurs médicaments, ou pour être plus juste, ils attendent l'arrivée de l'aide-soignante qui viendra leur donner leurs médicaments. Au-delà de l'aspect curatif, cette distribution, aussi rapide fut-elle, est une occasion de contact et d'échange avec une personne qui vit à l'extérieur de la maison de retraite. Les nouvelles que les aides-soignantes peuvent leur apporter les font sortir de leur univers clos, sans événement ou presque. Ces moments sont aussi des temps autorisés où les pensionnaires évoquent leur bien

être ou plus souvent leur mal-être. Ils confient leurs éventuelles douleurs, leurs inquiétudes du moment et leurs attentes...

Ne pas avoir de médicament, c'est se voir confisquer un moment privilégié d'échange avec l'aide-soignante et devoir attendre l'arrivée du petit déjeuner, servi généralement par l'agent de service, un peu plus tard<sup>181</sup>. Or, ce temps du début de la journée est primordial ; il contribue pour beaucoup à son bon déroulement ultérieur. Le personnel le sait et soigne ces courts moments de rencontre.

En maison de retraite, les échanges sont canalisés par l'activité soignante pendant le temps d'intervention des personnels. Ces temps de soins ne peuvent à eux seuls suffire à combler une demande plus large des pensionnaires en quête avant tout de présence et d'écoute. Cela est rendu d'autant plus important qu'un certain nombre de ces moments de rencontre avec le personnel peuvent être pénibles à vivre et faire souffrir les personnes âgées. Nous allons y revenir dans le chapitre suivant avec l'exemple des toilettes.

Le fonctionnement institutionnel tend à faire croire qu'il y a adéquation entre les attentes des pensionnaires et la nature des services apportés par les soignants. Ne pouvant guère influencer sur le fonctionnement quotidien, les pensionnaires se conforment au rythme de travail des salariées et beaucoup revêtent la seule identité qui ne leur soit pas déniée, celle de malade. Ce statut est une identité digne d'attention en institution gériatrique, un statut reconnu à partir duquel les pensionnaires vont pouvoir monnayer leurs désirs et besoins d'échange, ce qui va contribuer à fausser les rapports entre les pensionnaires et les aides-soignantes ou infirmier(e)s.

Cette identité de malade est en quelle sorte attendue par l'institution. Comme l'affirme Bernadette Veysset<sup>182</sup>, c'est une identité qui ne va pas troubler l'ordre et le bon fonctionnement de la société. « *Dans la maladie, le vieux exprime une insatisfaction personnelle qui ne dérange pas la société. Il n'y a là aucune revendication perturbatrice. Le seul souci, c'est la guérison. Il est enfermé, bouclé sur lui-même il ne dérange personne...* »

---

<sup>181</sup> Nous nous apercevons de cette singularité de manière inopinée, alors que nous suivons le travail de l'aide-soignante Véronique. De bon matin, elle avance dans le couloir et va d'une chambre à une autre pour faire la distribution de médicaments. A un moment précis, je constaterai qu'elle ne s'arrête pas devant une chambre. Un peu étonnée, je lui demande pourquoi. Cette personne ne prend pas de médicament les matins, c'est la seule de l'étage dans ce cas. Nous comprendrons plus concrètement alors ce que la médicalisation des structures d'hébergement peut impliquer.

<sup>182</sup> Cf. Veysset, 1989, p 106.

et de citer en conclusion de son propos, Gaullier, dans « *l'avenir à reculons* » : « *son corps devient le théâtre où se vit ce qui ne peut se vivre sur le théâtre du monde*<sup>183</sup> ».

En maison de retraite, on voit se dessiner une forme de surinvestissement de la personne âgée dans son statut de malade. N'ayant plus, ou plus beaucoup de centres d'intérêts, toute son attention va se porter sur son corps. Dans un certain nombre de cas, cela va accentuer sa sensation de souffrance et sa demande de médicament. L'individu s'enferme dans la maladie et la plainte, il se replie sur lui-même. La peur de manquer, le besoin de se rassurer, peut amener à des comportements à priori étranges, comme celui de faire des provisions de médicaments... Dans d'autres cas, quand le désarroi et l'angoisse sont très puissants, les plaintes peuvent laisser place au silence. Les revendications se transforment alors en renoncement. Les pensionnaires ne voient plus l'utilité qu'on prenne en charge leur santé alors qu'ils ne voient pas eux-même d'issue à leur situation - d'être mortels mais aussi de pensionnaires assujettis. C'est la plainte du : « à quoi ça sert tout ça ? » qui cache le « à quoi je sers ? » qui l'emporte. Un certain état dépressif conduit les pensionnaires à ne plus vouloir lutter, à se laisser gagner par la maladie, envahir par la mort. Le risque de s'engager dans un « syndrome du glissement » est alors fort, les médecins et les soignants le redoutent. Le refus de prendre ses médicaments est rarement en maison de retraite, un signe, une volonté de reprise en main de sa santé.

Lorsqu'un traitement s'arrête ou change, certains pensionnaires protestent et râlent. Ils sont anxieux. Certains comptent leurs médicaments pour vérifier qu'ils n'en manquent pas. Une aide-soignante, qui a repéré ce comportement chez l'un d'eux, prend soin d'annoncer leur nombre avant de les poser sur la table, pour prévenir toute réclamation ultérieure. Il y a aussi les pensionnaires qui marchandent leurs médicaments pour en avoir d'avance et ceux plus nombreux qui rusent pour ne pas les prendre. Aux Aves, nous avons rencontré plus fréquemment la première attitude chez les pensionnaires les plus valides et la deuxième chez ceux qui sont plus handicapés.

Madame Bonnefay, à l'aile du Mas, demande à avoir d'avance des sachets d'un médicament qui facilite le transit intestinal. D'une voix à peine audible, elle réclame un sachet supplémentaire à l'aide-soignante Carine. Devant la réticence de celle-ci, la pensionnaire

---

<sup>183</sup> Cf. Gaullier, 1982, p 262.

explique que l'équipe de la veille a oublié de lui en donner un. Carine lui rappelle alors, que dernièrement, lorsqu'elle est venue ranger son armoire, elle a vu qu'elle stockait ces médicaments. Vexée, Madame Bonnefay retournera dans sa chambre en fermant énergiquement sa porte pour marquer son mécontentement. Le lendemain, la pensionnaire fera la même demande à l'aide-soignante de l'autre équipe, elle obtiendra cette fois-ci gain de cause.

En maison de retraite, nombreuses sont les ruses des pensionnaires pour ne pas prendre leurs médicaments ou faire semblant de les avoir pris. Les aides-soignantes, lorsqu'elles s'en aperçoivent leur font absorber en leur présence, devant elles. *“ Au départ je fais confiance, après je demande qu'ils les prennent devant moi ”* Anaïs, aide-soignante aux Aves.

Elles sont amenées à devenir vigilantes sur le respect des prescriptions et la prise des médicaments. Elles donnent des paroles d'encouragement, essaient de raisonner ceux qui ne veulent pas prendre leurs traitements. En dernier lieu, quand la persuasion ne marche plus, les médicaments sont mis subrepticement dans les aliments pendant les temps de repas. Les aides-soignantes s'assurent ainsi de leurs absorptions. Tout le jeu pour le pensionnaire consiste alors quand il s'en aperçoit, de les garder dans sa bouche, de faire semblant de les avoir pris et de les recracher au départ du personnel soignant.

Un autre effet pervers de l'approche essentiellement médicale de la personne âgée, c'est l'effet placebo que peuvent utiliser les infirmier(e)s plus que les aides-soignant(e)s d'ailleurs. Catherine Tell infirmière libérale aux Aves nous dira utiliser beaucoup de médicaments de ce type pour signifier aux pensionnaires qu'elle entend leurs souffrances et qu'elle essaie d'y répondre. Une possibilité d'action que ne s'autorisent guère les aides-soignantes qui distribuent les médicaments sous la responsabilité des infirmiers qui sont mis de manière hebdomadaire dans des piluliers. Pour couper court aux plaintes, lamentations incessantes ou refus, les aides-soignantes conseillent parfois aux personnes âgées de parler de leurs maux ou de leurs traitements, quand ils ne leur conviennent pas, au médecin prescripteur. Mais comme le fond du problème est situé sur un autre registre, cela a peu d'effet. Les aides-soignantes le savent bien. De plus, les pensionnaires sont généralement plus discrets en présence du médecin, moins familier, parfois un peu craint selon les personnes âgées, représentant une certaine autorité médicale. Ce sont elles, les salariées qui sont « au front de la douleur et des plaintes ». Elles en « récoltent » beaucoup, tout en étant dans l'impossibilité et l'impuissance à les résoudre sur le fond. Alors elles essaient au coup par coup de trouver des astuces pour

amener les personnes à prendre leurs médicaments selon les prescriptions établies. Ces arrangements, tractations du quotidien, sont usants à la longue pour les aides-soignantes et pénibles pour les personnes âgées qui les subissent. C'est ce que nous allons voir maintenant avec le « casse-tête des toilettes quotidiennes ».

### ***Le casse-tête des toilettes quotidiennes***

La présentation de la personne âgée sous un aspect déficitaire favorise l'investissement par le soignant du corps du malade au détriment de sa personne toute entière, et ce sont les pratiques hygiénistes qui ont tendance à prendre le dessus comme nous le fait observer Anne Vega dans son ouvrage « une ethnologue à l'hôpital ».

*“ ... au cours des toilettes, il s'agit davantage, d'un point de vue infirmier, de maintenir, de remettre en ordre l'aspect extérieur du corps de malades (lits faits, bassins vidés pour assurer le bon déroulement des plannings ; chambres et malades “ présentables ” au cas où la famille ou le grand médecin viendrait en visite et surtout, de réduire les mauvaises odeurs de la chair qu'il faut dissimuler derrière des parfums. Pour de nombreuses infirmières, les toilettes sont avant tout conçues comme des pratiques d'hygiène normalisatrices.<sup>184</sup> »*

Les douches sont ainsi préférées à tout autre mode de toilette. Du point de vue des aides-soignantes, c'est la manière la « plus hygiénique » et surtout la plus rapide pour rendre propre des personnes, qui sont - devenues - dans leur écrasante majorité, incontinentes en maison de retraite médicalisées. La toilette prend ainsi un caractère de plus grande nécessité.

La propreté corporelle prime. Elle se réalise dans un souci d'efficacité et de résultat négligeant les appréhensions et les désirs des personnes. Les toilettes au lavabo sont souvent demandées par les personnes âgées qui ont peur de prendre des douches. Elles se sentent plus rassurées quand elles peuvent se tenir au lavabo, craignent moins de glisser et de tomber. Mais ce procédé est deux fois plus long à mettre en œuvre qu'une douche et de toute façon, pour les aides-soignantes, rien ne remplace le jet d'eau salvateur en guise de rinçage. A côté de la dimension de soin, il y a un enjeu en terme de confrontation de normes. Pour un certain nombre de personnes très âgées aujourd'hui, la douche ne fait pas partie de leurs habitudes

---

<sup>184</sup> Cf. Vega, 2000, p 157.

d'hygiène corporelle. Cela n'est pas pris en compte par l'institution qui impose ses propres vues sur la question, relayée en cela par les savoirs des aides-soignantes accumulés dans les écoles de formation.

*« Ce sont des personnes qui ne côtoyaient pas la douche comme nous on la côtoie. La douche, à l'époque ils n'avaient pas de salle de bain, donc elles se lavaient souvent en quart. Alors que nous on a la douche dans la salle de bain. On essaie tous les jours de leur donner des douches. Déjà ils sont mieux, après et ils sont lavés à grande eau. Sur le moment, c'est vrai qu'ils sont un peu réticents. Ils nous disent « non, non ça ira », et puis après... »*

Christelle, aide-soignante, Maison de retraite des Abeilles.

La norme de la toilette quotidienne à la douche fait force de loi. Les douches se font souvent à un rythme effréné. Aux Aves, il s'agit pour les aides-soignantes d'engager, chaque matin, une course contre la montre. Elles ont en moyenne 12 à 13 toilettes par matinée qu'elles doivent effectuer en deux heures, deux heures et demi de temps. Les gestes s'enchaînent et se répètent. Florence, à l'étage « Alzheimer », nous dira avoir parfois l'impression de « travailler à la chaîne » comme les OS. Béatrice, qui est à l'aile des plus valides, est celle qui a le moins de toilettes à faire au quotidien, environ 8 à 9 et ce sont dans leur majorité des aides plus légères qu'à l'autre aile. Cela ne l'empêche pas de critiquer les conditions de travail et le manque de temps pour être à l'écoute des personnes âgées. D'une certaine manière, c'est parce qu'elle est toujours dans une forme d'écoute, contrairement aux collègues de l'autre aile, qu'elle ressent plus fortement la frustration de ne pas avoir le temps d'aller plus loin au quotidien. Pour les autres, il vaut mieux se mettre en situation de ne plus entendre les demandes pour ne plus ressentir et éviter de la souffrance.

A la maison de retraite des Abeilles, le contexte de travail est meilleur. La moyenne est 7 toilettes par matinée et par soignante, ce qui est aujourd'hui une situation privilégiée dans les maisons de retraite médicalisées. L'aide-soignante est aidée d'un agent de service pour les personnes de poids conséquent. Mais les toilettes doivent être vite effectuées car le petit-déjeuner est ici donné après la toilette à neuf heures. Elles ont en moyenne une heure et demi pour les effectuer. A l'issue des toilettes, elles ont une pause de vingt minutes pour récupérer, contrairement aux Aves, où il n'y a pas de pause les matins.

Ces différentes conditions de travail ont des répercussions sur le personnel. Aux Aves, le taux de turn-over du personnel aide-soignant est très important, contrairement aux Abeilles où il y a une meilleure prise en compte du contenu et de la charge de l'activité et où le personnel a un statut de fonctionnaire hospitalier. Pour autant, les manifestations d'exaspération et les comportements irrespectueux envers les pensionnaires se retrouvent sur les deux sites. Elles sont relativement fréquentes aux Abeilles où la surveillance du travail des aides-soignantes est moins forte qu'aux Aves.

Du point de vue des pensionnaires qui progressivement ont tendance à se laisser porter par la structure et être de plus en plus passifs, faute de stimulation extérieure et de sens trouvé à leur situation d'enfermement, se faire laver et habiller en cinq, dix minutes voir même vingt minutes - qui est considéré dans la profession comme le temps idéal - relève de la gageure. Ayant perdu beaucoup d'agilité corporelle, la peur s'empare des personnes âgées lorsque viennent leurs tours. Peur de chuter, peur d'attraper froid, peur d'avoir mal...

Pour répondre à ces normes d'hygiène corporelles, les aides-soignantes ont tendance à réduire leurs gestes aux plus efficaces, à rationaliser leur organisation de travail en travaillant à la chaîne, en s'occupant parfois avec deux pensionnaires à la fois<sup>185</sup>. Mais pour faire vite et efficace, il faut que les personnes âgées soient coopératives, ce qui est loin d'être toujours le cas. Les aides-soignantes sont ainsi amenées régulièrement à parlementer, négocier avec elles pour arriver à leurs fins. Les personnes par leurs résistances et leurs peurs obligent à une prise en compte minimale de leurs subjectivités.

Les refus, qu'ils concernent la nourriture comme nous l'avons vu ou les toilettes, sont des attitudes qui perturbent le travail des aides-soignantes et les missions de l'institution gérontologique. Cela entrave l'engagement de « conservation » des personnes âgées au travers des soins et de la prise en compte de leurs besoins physiologiques. Il va donc s'opérer une forme de « deal » implicite entre l'aide-soignant et le pensionnaire. Le premier réclamant de la coopération pour pouvoir faire le travail exigé par sa hiérarchie et le second pour demander qu'on l'écoute et tienne un peu plus compte de lui.

---

<sup>185</sup> Pendant que l'un se déshabille, un autre pensionnaire est lavé puis lorsque le premier sort de la douche l'aide-soignante l'amène dans la chambre où il s'habille pendant que le second est lavé.... Cela n'est possible que pour des personnes ayant gardé une relative autonomie corporelle.

La toilette et l'habillage ne peuvent se faire sans un minimum de lâcher prise et de coopération. Quelles que soient les injonctions qui pèsent sur les aides-soignantes, elles sont obligées d'introduire une dimension relationnelle si elles veulent obtenir de la collaboration de la part des personnes âgées. Certaines, comme Aline, une ancienne aide-soignante faisant fonction aux Aves, attentive à l'histoire des pensionnaires et de leurs familles, invite spontanément l'autre au dialogue, détournant leur attention sur l'opération de toilette proprement dite, qu'elle exécute avec une grande rapidité, ne laissant guère de temps à la personne pour réagir ou protester. Elle met beaucoup d'énergie dans son travail. D'autres aides-soignantes, souvent plus jeunes et diplômées, centrent d'avantage leur conversation avec les personnes âgées sur la technicité de la toilette elle-même. Elles racontent ce qu'elles font, pourquoi elles agissent ainsi pour rassurer l'autre. Elles accompagnent leurs gestes d'explications verbales « je vais faire ceci, puis cela... ». Elles sont dans un « bien faire normatif », s'appliquant à laver la personne âgée comme on a pu leur apprendre dans leur formation, dans un sens précis « du moins sale au plus sale ». Mais cette prévenance s'accorde mal avec la rapidité de leurs gestes. Elles sont régulièrement obligées de demander aux pensionnaires de les laisser-faire pour aller plus vite. Face aux refus ou à la lenteur des pensionnaires, l'agacement se fait sentir et les aides-soignantes se mettent à s'exprimer par des injonctions du type : « *donnez-moi la main* » ; « *soulevez les pieds* » ; « *arrêtez de vous plaindre* »... Cet état de tension favorise ou renforce les situations conflictuelles. Au final la douche peut être vécue comme une agression personnelle que l'aide-soignante inflige au pensionnaire. Pourtant, il suffit parfois de peu, pour qu'une situation de refus se transforme en espace de collaboration. Mais ce « peu », est souvent un « trop » pour des aides-soignantes saturées de fatigue et usées de ce « travail à la chaîne ».

Madame Luciani est une personne qui pleure silencieusement dès qu'on la met à la douche. Un jour que la jeune aide-soignante Amel la lave, nous lui poserons des questions sur l'Italie, sa terre natale. Elle arrête net ses pleurs pour nous en parler pendant qu'Amel continue de la laver puis de l'habiller, en se joignant à notre conversation. Lorsque nous quittons sa chambre, elle arbore un large sourire. Le fait de puiser dans son passé, celui de son enfance en l'occurrence, a joué comme source de vitalité et l'échange qui s'est engagé lui a permis de dépasser temporairement la fonctionnalité de la toilette. La sollicitation de sa mémoire a réactivé en elle des émotions positives qui l'ont aidée à reprendre un peu possession d'elle-même, à un moment où elle était dans les mains d'une autre, à sa merci. Par l'évocation de

son histoire personnelle, elle a symboliquement repris les choses en main et ce, parce qu'elle s'est sentie considérée, digne d'attention.

Dans nombre de cas, l'écoute et le dialogue font place à la négociation et à la persuasion qui peut évoluer vers du chantage. Lorsqu'il y a résistance du pensionnaire, nous assistons à des rapports de force. Un fait que les aides-soignantes ont tendance à occulter ou largement atténuer en entretien. Voici quelques exemples de ces rapports de force. Au-delà des mots retranscrits ici, il faudrait pouvoir rendre compte des relations tactiles qui ponctuent chaque soin et déterminent les climats de confiance ou d'opposition. C'est là une difficulté de ce mode de restitution par écrit que nous allons essayer de donner à voir au travers de quelques situations vécues.

A un pensionnaire qui quitte sa chambre, l'aide-soignante Monique dit : « *Vous restez là, on va vous donner la douche* ». Celui-ci répond : « *encore !* » ; « *Et oui tous les jours* » renchérit l'aide-soignante.

Après la douche, un bain thérapeutique va être donné à Monsieur Jourdain qui n'en a pas la moindre envie. La tension va se développer au fil de la séquence. Elle se manifestera d'abord par des expressions d'agacement du type : « *il y a trop d'eau !* », puis des gémissements réguliers ponctués par des soupirs, jusqu'au moment où Monsieur Jourdain va exiger qu'on le sorte de là. Quelques minutes après, l'aide-soignante s'approche de lui, le fait sortir de la baignoire, le temps étant écoulé. Il manifeste une forme de silence désapprouvateur. Une fois le bain terminé, Monique lui dit : « *ce n'était pas si terrible que ça !* ». « *on en reste là* » répond Monsieur Jourdain avec une certaine hargne dans la voix. « *Oui restons en là* », conclut Monique agacée.

L'aide-soignante Amel donne une douche à Madame Pointil. Nous sommes en fin de matinée, beaucoup de toilettes ont été données et l'eau est seulement tiède. Amel doit se dépêcher pour que la personne ne prenne pas froid et que cessent ses protestations qui vont « *crescendo* ».

« - *J'ai froid, j'ai froid ... Fada, j'ai froid.*

- *Tenez, tenez gardez ça. (une robe de chambre)*

- *Mais c'est tout mouillé*

- *Je vous ai séchée pourtant*

- *J'ai froid, j'ai froid... »*

Une fois habillée, alors qu'elle se plaint toujours, Amel lui met un autre pull quand elle s'aperçoit que ce dernier est plus petit que le précédant. Elle lui enlève donc le premier pull pour mettre le second à sa place. Madame Pointil redouble alors ses plaintes. Amel lui dira, avec une certaine fermeté dans la voix, "*Madame Pointil, vous vous calmez, maintenant*". Dans ce deuxième exemple, les récriminations s'arrêteront aussitôt.

A côté de la tension verbale plus ou moins exprimée, il y a tout le registre de la résistance physique sourde, qui irrite au plus haut point les aides-soignantes. C'est le cas de la personne âgée qui, plus ou moins consciemment, accentue son état de passivité, raidit ses gestes ou change de positions à des moments délicats pour la soignante qui risque de se trouver déséquilibrée et de chuter ou faire chuter la personne âgée...

Les aides-soignantes peuvent répondre à ces attitudes de peur en se montrant plus attentives ou précautionneuses dans leurs gestes pour tenter de désamorcer l'angoisse ou la violence qui se manifeste. Elles peuvent, au contraire, exprimer leur exaspération par des gestes vifs qui vont être vécus comme des marques d'agressivité/brutalité par la personne âgée. S'engage alors un combat, pas toujours visible pour le tiers présent s'il n'a pas repéré ces possibles mécanismes de violence. La lutte se manifeste du côté de l'aide-soignante par une certaine rapidité de gestes, des pressions corporelles, des silences fait à l'autre qui est en attente de parole, plus que par des attitudes ouvertement violentes, situations que nous ne rencontrerons jamais sur nos terrains d'observation. Le risque est alors que s'engage une forme d'escalade non dite dans la violence, laissant la voie ouverte aux manifestations de sadisme<sup>186</sup>. C'est un combat dont l'aide-soignante ressort presque toujours « vainqueur »<sup>187</sup> mais qui à la longue devient usant.

La relation est forcément dissymétrique compte-tenu de la vulnérabilité physique de la plupart des personnes âgées en institution d'hébergement. Ce sentiment de vulnérabilité constitue en soi une peur des personnes âgées envers le personnel soignant, elles se sentent menacées parce que vulnérables. Elles craignent potentiellement d'être agressées, ce qui renforce leur angoisse et peut expliquer certaines attitudes de refus systématiques préalables à des soins ou des toilettes.

---

<sup>186</sup> Cf. Trouilloud, 1998.

<sup>187</sup> Une ou deux fois aux Aves, nous verrons l'aide-soignante abandonner la partie. Elles en font alors retour aux infirmiers salariés ou à l'infirmier en chef qui prennent le relais.

A la fin de sa toilette, Madame Clavel dit à Amel, une jeune aide-soignante pourtant très précautionneuse dans ses gestes :

- *j'avais pas besoin d'être lavée.*

- *Comment ça ?*

- *Mon Dieu qu'il faut être méchant pour s'amuser à faire des trucs comme ça.... Bon Dieu, Bon Dieu.*

Quant à Madame Plancia qui n'aime pas être douchée, elle dit à Véronique faisant fonction d'aide-soignante plusieurs fois pendant sa toilette : “ *Faites attention à moi, doucement, doucement* ”. Cette personne âgée a manifestement peur et se sent insécurisée par la mise sous la douche : “ *ça va, ça va !* ” lui répète-t-elle pour lui signifier d'arrêter. “ *Mon pied mon pied ça chatouille. Mon pauvre pied, doucement Madame. Tu es forte toi* ” Puis elle crie “ *laisse, ne sois pas forte comme ça. Garde ta force pour autre chose* ”. Véronique répond, d'un ton calme, - nous sentons chez elle, à ce moment là, une grande maîtrise d'elle-même - “ *Mais je t'essuie, je ne te fais rien* ”. Un moment plus tard alors que l'aide-soignante l'habille, Madame Plancia dit : “ *elle n'est pas belle cette robe. Mon Dieu qu'il est laid ce gilet !* ” ; “ *Vous trouvez rien de beau aujourd'hui* ” conclut Véronique qui lui fait retour de sa négativité, sans agressivité, mais en lui signifiant qu'elle n'est pas responsable de sa réaction.

Face à leur peur, les personnes âgées essaient de trouver des moyens d'esquives, comme le fait de « jouer au malade » pour rester au lit et ne pas être manipulées.

« - *Ça me tourne, ça me tourne laissez moi, laissez moi, appelez-moi un docteur.*

- *Après la douche on l'appellera, pour l'instant déjeune, après ça ira mieux, vous n'avez rien dans le ventre* ”. L'aide-soignante n'appellera pas le médecin. Une fois le petit déjeuner pris et la toilette achevée, cette personne ne se plaindra plus. »

A côté de ces attitudes de ruse et d'adaptation, il y a des formes plus offensives pour exprimer sa peur. Le refus prend une forme plus ouvertement agressive et des mots grossiers peuvent surgir.

« - *Je vais te donner la gifle, je me suis déjà lavée* » dit Madame Oliva d'un ton agressif, dès l'arrivée de l'aide-soignante dans sa chambre.

- *Vous vous mettez à la douche Madame Oliva, s'il vous plaît et vous pouvez pas me parler autrement ?* dit Carine d'un ton posé

- *Je parle français.*

- *Vous êtes énervée ?*

- *Oui*

- *Ca se voit à votre eczéma. Pourquoi vous êtes énervée ?*

- *Ca me regarde. »*

Carine ne semble pas affectée par cette attitude. Elle essaie de faire baisser l'agressivité de madame Oliva en faisant dévier la conversation sur son état de santé en général, une tentative que refuse catégoriquement la personne âgée.

*“ Elle n'est pas méchante ”* nous dit Carine en sortant de sa chambre. *“ Il faut que ça sorte, après ça va. Elle se plaint sans arrêt mais devant le médecin, elle dit que tout va bien ”*.

Lorsque les aides-soignantes n'arrivent pas à dédramatiser les situations et inciter les personnes âgées à se « laisser faire », le chantage ou la menace prennent parfois le pas.

*“ Avec Yasmina, des fois je lui parle Arabe, ça la fait rire, mais pour la laver pas moyen. Elle est sale, on n'y peut rien. Elle négocie des cigarettes pour qu'on la lave, c'est le seul moyen pour qu'elle accepte ”*.

Samia, aide-soignante.

Lorsque le refus est catégorique, la personne âgée peut retourner le rapport de force à son avantage. Elle accepte une certaine instrumentation de soi mais aux conditions dictées par elle en exigeant une contre-partie. Plus fréquemment l'aide-soignante dicte les conditions de la toilette, quitte à menacer les pensionnaires « récalcitrants ».

Béatrice qui travaille aux Aves à l'aile du Mas, sera la seule aide-soignante à s'opposer ouvertement à ce genre de pratique. Il faut rappeler qu'à cette aile, qu'il y a moins de toilettes quotidiennes à faire et qu'elles sont souvent moins pénibles, les personnes âgées étant moins handicapées qu'au Castel. Au-delà de la question de la charge de travail, c'est la dimension éthique qui guide son attitude, même si elle reconnaît bousculer parfois les personnes âgées pendant les toilettes pour terminer son travail dans les temps.

« Voilà, la toilette pour moi c'est un soin, tu peux en profiter pour discuter un peu mais c'est court surtout que les toilettes tu es obligée de faire vite fait, le plus vite possible. Des fois tu les bouscules un peu. Mais le chantage non, c'est pas des gosses, il faut garder le respect de la personne quand même, il faut respecter les âges. Au départ Monsieur Habib, j'avais du mal à le doucher. Les filles qui l'ont eu un peu de l'autre côté (le Castel) m'ont dit : si tu as du mal à le doucher et bien tu sais ce que tu fais, tu prends une cigarette et tu lui donnes. Moi je n'y arrive pas à faire ça. Je vais à la direction et il y a toujours Lionel ou Maurice (des infirmiers) et je leur dis. C'est comme ça que ça c'est passé ce matin.

- Monsieur Habid, il faudrait aller à la douche.
- Non je l'ai faite hier.
- Comment ça, vous l'avez faite hier, c'était moi hier, je ne me rappelle pas vous avoir douché.
- Non, non, non je n'ai pas envie.

Il savait très bien que c'était pas vrai pour hier. Juste à ce moment, Lionel passe. Je lui dis : « Monsieur Habib veut pas se laver. Il dit que je l'ai fait hier ». Alors Lionel, il a compris, il lui a dit : « de toute manière c'est tous les jours à la douche ». Et je l'ai douché en premier, sans plus de difficulté. Moi je préfère ces rapports. Ce sont des hommes des femmes, pas des bébés. J'aime pas marchander. (...) Moi je serai en maison de retraite, on me dirait : tu..., hé attend, je suis une personne, j'ai envie qu'on me respecte. Le respect d'abord ! Peut-être quand j'étais jeune on m'a trop appris le respect, je sais pas. Moi j'ai ce caractère là. »

Si Béatrice essaie d'éviter les situations humiliantes pour les personnes âgées, pour autant elle se rend bien compte qu'elle ne travaille pas comme elle le voudrait et qu'elle ne répond pas aux attentes d'humanité des personnes âgées, y compris pendant le temps des toilettes.

« Je fais douze heures de présence par jour, à la fin j'ai envie de rentrer chez moi. La seule solution pour bien faire le travail ce serait d'être deux. Alors là je pourrai être plus dans le relationnel. Au bout de douze heures passé dans cette maison de retraite, 10 heures et demi de travail effectif, des fois je me dis : qu'est-ce que j'ai fait pour eux, pour améliorer leur confort ? A part les toilettes, servir le café et les repas, qu'est-ce que j'ai fait de plus, de relationnel ? Je me dis que j'ai rien amené d'humain. Il y a la toilette, c'est du contact mais il y a rien d'humain. Tu vois ce que je veux dire ? Il n'y a pas de chaleur, voilà. »

La maison de retraite est un lieu de technicisation des rapports humains. Il y a des espaces de confrontation, la toilette en est un, et la violence n'est pas que verbale. Elle se vit dans le rapport corporel, à main nue, au quotidien. Ce sont les aides-soignantes, et les infirmières lorsqu'elles s'occupent des toilettes et d'autres soins, qui sont les plus directement confrontées à ces situations de tensions/négociations avec les pensionnaires, en ayant du mal à conserver une éthique de l'autre.

## **L'impossible quête du pensionnaire idéal.**

C'est à partir d'une interprétation fonctionnelle de la vie des personnes âgées, organisée autour du planning de travail des personnels de proximité que va pouvoir se dessiner la vie des pensionnaires. Et c'est à partir d'un regard hygiéniste et médicalisé, qui occulte l'histoire de vie et les désirs de chacun, que les pensionnaires vont voir leurs identités se réduire et être définies par ceux qui les prennent en charge.

Chacune des assignations : bien manger, bien se laver, bien prendre ses médicaments... nous ont renseigné sur les modalités de mise en œuvre de cette réification et sur les rôles (et jeux de rôles) du couple soignant/soigné au cours de ces différentes situations. Les phénomènes de stigmatisation que nous avons pu relever, qu'ils renvoient à l'image du vieillard/enfant ou du vieillard/sénile, sont utilisés par les personnels comme un moyen de renverser la réalité et de se la réapproprier à leur avantage, en évitant de se poser la question du pourquoi la personne âgée devenue pensionnaire agit ainsi, comment elle en est arrivée là. L'objectif pour le personnel soignant devient, à un certain niveau d'intensité du travail et d'usure professionnelle, de faire ce qui est prescrit et évalué dans les temps impartis, au prix parfois de toutes considérations éthiques.

Les pensionnaires ne sont plus perçus comme des individus émettant des désirs et produisant des actes, mais comme des personnes ayant des besoins et manifestant des symptômes cohérents avec l'image que l'on se fait d'eux, conforme au travail à effectuer « sur eux ». Le préjugé crée la situation autant qu'il en est le résultat. Les pensionnaires sont réifiés, ils prennent le statut de « malade » ou de personne « dépendante », seules identités reconnues, pour espérer recevoir un peu de soin et d'attention.

Lorsqu'on est aide-soignant les occasions de prendre conscience de ces processus d'aliénation sont possibles dès lors que l'on sort de la « routine professionnelle ». C'est l'expérience déjà citée de l'aide-soignante Monique, qui au cours d'une animation avec les personnes âgées, se rend compte que certains sont capables de réalisations manuelles. Le lendemain, avec le service des toilettes, c'est la routine qui recommence et les personnes âgées sont prises en

charge, leurs capacités oubliées. De sujet, elles deviennent objets de soin à qui on applique des normes extérieures.

La routine, moyen de défense, courant dans ce milieu professionnel du soin permet de répéter des gestes et des attitudes sans trop se poser de question pour faire face à l'intensité du travail. L'expérience d'accompagnement que cette aide-soignante a pu mener ponctuellement, au travers d'une séance d'animation, lui a fait percevoir autrement des personnes âgées. Elles les a appréhendées un moment dans leur potentialité d'être et non comme des individus passifs et déficitaires. Mais Monique ne peut vivre constamment avec cette conscience de l'autre, en faisant le travail qu'elle fait, comme elle le fait. Quand la contradiction entre sa manière de faire et son idéal de soignant lui apparaîtra trop forte, elle démissionnera. Elle le fera quelques mois après ce premier témoignage, en prenant le risque de recommencer ailleurs, soutenue par son mari.

### *Les limites du « bon pensionnaire » soumis et reclus*

L'idéal de l'institution est de faire de la personne âgée, un reclus docile qui coopère sans être exigeant. Les aides-soignantes soumises aux logiques gestionnaires de productivité vont participer de cette représentation. Elles vont voir dans l'idéal du « bon pensionnaire », celui qui est assujéti à la machine institutionnelle, c'est à dire un pensionnaire qui se laisse prendre en charge et se soumet à leur bon vouloir. Le « bon pensionnaire », c'est donc une personne âgée soumise, ou du moins résignée, pour reprendre la nuance apportée par Irène Delamare, aide soignante à la maison de retraite des Abeilles. Questionnée sur ce qu'est « une personne âgée agréable » et « une personne âgée pénible », elle nous dressera un portrait saisissant du pensionnaire idéal. Son témoignage est congruent avec la majorité des soignantes rencontrées, même si ses propos sont plus crus que la majorité de ses collègues<sup>188</sup>.

*« Il y a des gens (personnes âgées) qui sont désagréables par leurs exigences mais alors eux ils se situent plutôt au foyer logement<sup>189</sup>. Ici (à la maison de retraite) ils sont un peu moins pénibles. Les personnes les plus désagréables, ce sont les plus valides, les personnes les moins désagréables, c'est les moins valides. Parce ce que quand elles sont plus démentes,*

---

<sup>188</sup> Cela renvoie à une problématique personnelle que nous avons essayé de montrer dans son récit de vie, en troisième partie.

<sup>189</sup> Cf. Troisième partie, le récit de vie de Joséphine Roche.

*elles nous demandent moins, elles sont dans leur monde, elles ne sont pas très méchantes, elles ne sont pas très gentilles non plus, mais elles sont disjonctées. Elles sont gentillettes, elles se laissent faire quoi. Les personnes plus désagréables qui ont leurs défauts, c'est normal, ce sont les gens valides. Ils sont désagréables oui mais parce qu'ils sont à la demande, ils demandent tout le temps. Mais d'un autre côté c'est normal, nous aussi on est désagréable... d'un autre côté ils ont de la chance parce qu'ils sont valides, encore que... On en a qui sont infects mais dans la majeure partie ils sont soumis, les gens sont soumis, peut-être pas soumis mais résignés. C'est plus terrible finalement. Mais plus terrible encore, ce sont les gens qui ne sont pas agréables et qui ne sont pas résignés. C'est toujours un combat, ils combattent pour leur vie, ils sont vivants plus que ceux qui sont résignés et agréables qui arrivent quand même encore à vous demander une bouteille d'eau. Ils s'habillent, se coiffent comme ils veulent, ils sentent s'ils font pipi, et ils arrivent même à nous dire « merde » parfois. Des fois, ça y va les gros mots, mais d'un autre côté, ce sont des gens qui ressemblent plus à des êtres humains que des gens qu'on a des fois au premier étage (celui des « malades lourds ») qui ressemblent à... on pense plus à des animaux par moment. »*

Les choses sont dites sans retenues, en se plaçant simultanément des deux côtés de l'interaction, celui du personnel et celui du pensionnaire, ce qui fait ressurgir avec plus d'acuité encore, l'inhumanité d'un tel fonctionnement institutionnel.

Cette recherche du « bon pensionnaire » n'est pas spécifique aux maisons de retraite. D'une certaine manière, chaque structure qui est en contact avec un public, secrète les siennes. A l'hôpital, nous avons retrouvé des observations similaires avec celle d'Anne Vega, qui fait retour de plusieurs mois passés dans la vie d'un service neurologique. Elle nous parle de ces : « bons » malades (...) les « discrets », *peu demandeurs de prise en charge (qui) affrontent seuls leurs maladies.* » Elle rapporte alors les propos d'une surveillante générale<sup>190</sup> qui a analysé cette situation : « *En tant que malade, on est privé d'information, c'est vrai, et maintenant je comprends mieux pourquoi les patients préfèrent se taire pour ne pas passer pour des personnes exigeantes, surtout si on doit revenir dans le service. Il faut jouer au bon malade.* »

---

<sup>190</sup> Cf. Vega, 2000, p 106.

La crainte de « *revenir dans le service* » ne se pose pas en structure gérontologique. Dans la majorité des cas, le pensionnaire - qui justement n'est pas un patient - n'en partira pas, sauf pour des séjours en hôpitaux ou cliniques. Cet  tat de fait contribue à la fermeture de l'établissement sur lui-même et renforce les mécanismes d'assujettissement qui pèsent sur lui.

Si dans l'univers fonctionnaliste de la maison de retraite médicalisée, le pensionnaire est assujetti, il ne lui est pas facile pour autant de devenir un pensionnaire « modèle ». Un individu « valide », c'est un individu actif qui a des exigences et qui est susceptible d'exprimer son opposition au système d'enfermement. Un individu soumis, c'est un individu docile, mais c'est aussi un individu qui devient rapidement passif, ne prend plus d'initiative, ce qui accroît la charge de travail du personnel de proximité. Nous nous trouvons devant un paradoxe. La maison de retraite médicalisée prend en charge tous les besoins physiologiques des individus en fait des assistés et des reclus, pour reprendre l'expression d'Irving Goffman<sup>191</sup>, c'est sa manière à elle de justifier son rôle par rapport à la société. Mais en même temps que le fonctionnement de la maison de retraite contribue et renforce un état de dépendance, l'institution s'inquiète de voir ses coûts de fonctionnement augmenter. Car cette prise en charge de la dépendance, toujours plus lourde et qui se généralise, occasionne un surcroît de travail, de services, voire de matériels adéquats...

La logique gestionnaire va alors s'appuyer sur tout un discours ambiant, centré sur la préservation de l'autonomie des personnes âgées pour tenter de réduire cette contradiction. Les notions de « faire-faire » ou « faire avec » la personne vont se répandre, dénonçant les pratiques de soignantes qui auraient trop tendance à « faire à la place » de la personne. Cela nous est apparu un discours surfait qui ne résout pas la contradiction relevée. Contrairement à ce que nous avons pu voir dans le travail à domicile<sup>192</sup>, chaque fois que les aides-soignantes en maison de retraite peuvent déléguer aux personnes âgées les actes de la vie ordinaires, elles le font. Cela diminue leur charge de travail. Par contre, elles accompagnent peu les personnes âgées partiellement dépendantes et ont tendance à faire à leur place. Cela ne nous est pas apparu la marque d'un manque de qualification – les aides-soignantes semblent bien avoir en tête ce souci d'autonomisation - mais plutôt relever d'un souci d'efficacité immédiate. Elles font ainsi, pour ne pas perdre de temps tout en répondant aux exigences de résultats sur lesquelles elles sont évaluées.

---

<sup>191</sup> Op. cit.

<sup>192</sup> Cf. Causse, Fournier, Labruyère, 1998.

Les mécanismes de prise en charge qui dominent en maison de retraite vont cohabiter avec un discours centré sur la prise en compte de la personne âgée dans un souci d'autonomisation des actes de la vie quotidienne. Même si les soignants, ont en tête cette préoccupation, qu'ils essaient de faire participer le plus possible le pensionnaire au moment des toilettes, des repas ou lors des déplacements, ils sont amenés à un moment ou un autre à reprendre les choses en main pour avancer plus vite. Mettre en place cette logique d'autonomisation obligerait, si elle était pleinement envisagée, de revenir sur les traitements homogénéisants des pensionnaires en même temps que sur les conditions de travail du personnel et leurs effectifs.

Ce discours sur l'autonomisation est voué à l'échec dans de telles structures, il remplit une fonction idéologique et renforce, *in fine*, l'exclusion des personnes âgées. Il permet d'avoir un discours socialement acceptable tout en masquant la réalité des pratiques qui font perdre progressivement toutes capacités d'initiatives aux personnes âgées, assujetties au fonctionnement réifiant des maisons de retraite.

Ce double discours se traduit en injonction paradoxale pour les aides-soignantes. Elles sont mises au cœur de la contradiction, impuissantes à la résoudre sur le fond car elles ne peuvent être à la fois : vecteurs de la dépendance, puis actrices de l'autonomie des personnes âgées. Chacune se débrouille comme elle le peut face à ce double discours. Les institutions d'hébergement orientent les agir professionnels des aides-soignantes vers des formes d'instrumentalisation de la personne. Il appartient ensuite à chacune d'elle, en fonction de son propre rapport au monde et de sa résistance physique et psychique, de s'inscrire ou non dans de tels agir, ce que nous étudierons en troisième partie dans les récits de vie. Notons pour l'instant, qu'il est bien difficile d'échapper totalement et dans la durée à ces agir instrumentaux qui débouchent sur des processus de stigmatisation/assignation des personnes âgées.

Les personnes âgées vivent aussi cette contradiction ; elles ont du mal à se positionner pour devenir « le bon pensionnaire ou la bonne pensionnaire » soumis(e) et docile qu'on attend d'elles. Ils oscillent régulièrement entre la crainte de ne pas parvenir à être ce « bon malade » ou ce « bon dément » qu'on leur propose de devenir et la crainte quand ils y parviennent, de perdre leur identité et humanité. S'ils sont soumis, on leur reproche d'être dépendants et s'ils refusent cette soumission, on leur reproche d'être des individus « pénibles » et « exigeants ».

Pour pouvoir être bien vu et espérer être un peu reconnu, ils doivent troquer un peu de leur liberté d'agir au risque d'y perdre « leurs âmes », entendons ici leur santé psychique et physique. Il n'y a guère de positions tenables<sup>193</sup> dans le temps, nous sommes face à un système mortifère et pernicieux, où les personnes – pensionnaires comme salariés – essaient de s'ajuster en permanence pour tenir. La contradiction traverse les différents protagonistes de l'institution, qu'ils soient pensionnaires ou aides-soignants.

Réné Kaës, psychanalyste, dans sa contribution à l'ouvrage « *l'institution et les institutions*<sup>194</sup> » a observé « *des phénomènes défensifs dans certaines institutions où les malades sont traités comme des objets matériels lorsqu'il apparaît que les inconvénients majeurs surgissent à les traiter comme des êtres humains ; dans un service de gériatrie lourde, les malades eux-mêmes se laissent aller vers la démence, avec l'accord semi-conscient des soignants, pour éviter de maintenir une vie psychique qui eut confronté les unes et les autres à trop d'impuissance et d'agressivité.* »

Cette quête du « bon pensionnaire » peut être vue comme une recherche commune d'entente entre les pensionnaires et le personnel de proximité, un terrain de cohabitation et d'entente minimales.

Pour continuer à vivre malgré tout, les pensionnaires essaient de se reconstruire à partir de l'identité chosifiée que leur impose l'institution. Ainsi les pensionnaires élaborent ce que Goffman appelle des « adaptations secondaires », des « *pratiques qui sans provoquer directement le personnel, permettent aux reclus d'obtenir des satisfactions interdites*<sup>195</sup> *ou bien des satisfactions autorisées par des moyens défendus.* » Ces phénomènes se rencontrent en maisons de retraite, même s'ils sont moins fréquents que dans le système pénitentiaire. Ils amènent les personnes âgées à négocier avec le personnel, comme nous avons pu le voir dans les pratiques de marchandage qu'essaient d'instaurer certains pensionnaires pour se faire laver. Une pratique qui génère des formes de chantage du côté des aides-soignantes. Un jeu

---

<sup>193</sup> Il nous faut évoquer la situation des personnes relativement autonomes qui aident les personnels aides-soignants dans le travail quotidien en rendant des menus services. C'est pour ces personnes un moyen de garder une activité socialisante tout en étant bien vu du personnel. Cela permet de pouvoir monnayer plus facilement des petits contre-parties dans la vie quotidienne. Ainsi Gaston descend les sacs de linges sales des pensionnaires tous les jours. Une fois pris le déjeuner et le café au Castel, il va au Mas en prendre un second, qui lui est toujours accordé.

<sup>194</sup> Cf. Kaës, 2001, p. 42.

<sup>195</sup> Cf. Goffman, 1994, p. 98.

subtil s'élabore entre les aides-soignants et les pensionnaires qui aboutissent à des formes d'ententes provisoires, plus ou moins tacites.

## **Le fonctionnement institutionnel, la mise en œuvre d'un processus de surveillance partagée**

Les structures d'hébergement pour vieillards participent de la tradition d'enfermement des institutions sociales. L'enfermement dont il s'agit ici est moderne, il comprend peu de cloison et pas de grille sauf dans les espaces fermés pour personnes démentes. Il conduit au dressage individuel, à l'assujettissement des êtres et à leur réification.

### **Le temps qui ne passe pas**

Après avoir été « gîré »<sup>196</sup> et assigné à une aile, un étage, une chambre, les pensionnaires vont voir organiser leur journée en fonction des emplois du temps et disponibilités des différents personnels. Le temps de l'institution s'impose aux pensionnaires, il rythme de manière immuable et inéluctable ses journées. Les moments où ils ne sont pas pris en charge par le personnel, les pensionnaires vont déambuler dans la maison de retraite ou, le plus souvent stationner à un endroit précis de celle-ci, sans en bouger, attendant l'heure des soins, du repas, du coucher ou avec un peu de chance d'une visite... Les pensionnaires sont soit soumis au temps des interventions des salariés, soit projetés dans le temps de l'errance et de l'ennui.

La fin du service des aides-soignantes de jour signifie la fin de la journée pour les pensionnaires. Aux Aves comme aux Abeilles, entre 19 heures et 19 heures 30, tout le monde a non seulement fini de manger - été comme hiver - mais est couché. Les aides-soignantes du jour passent le relais aux personnels de nuit. Il y a toujours une ou deux personnes autonomes dans leur déplacement qui ne sont pas couchées et que l'on peut retrouver en salle de télévision, mais cela reste exceptionnel. Le soir, une impression de grand vide s'installe dans les deux maisons de retraites. Les lieux sont silencieux et paraissent presque inhospitaliers. Aux Abeilles, une agent de service nous dira son appréhension à circuler dans ces longs couloirs vides. L'angoisse de la mort semble plus présente quand l'activité s'arrête.

---

<sup>196</sup> Cf. Deuxième partie, chap. « Un outil de classification congruent avec une logique fonctionnaliste gérontologique A.G.I.R.R. »

Les matins entre sept heures et sept heures trente, les pensionnaires sont réveillés puis levés, sauf ceux qui restent alités. Certains voudraient demeurer un peu plus au lit mais cela s'avère très difficile en maison de retraite. « *Vous vous recouchez après le petit déjeuner* » propose Monique, l'aide-soignante à l'un d'eux, sans conviction. Dans les faits, la succession des tâches que doivent effectuer dans la matinée les aides-soignantes comme les agents de service - distribution de médicaments, petit déjeuner, remise en état du lit, aide à la toilette, nettoyage de la chambre - rendent impossible toute « grasse matinée ».

Pour les pensionnaires le temps ne passe pas. Sans passé ni avenir, sans avant ni après, il est sans but. Seuls les anniversaires fêtés mensuellement, quelques animations comme un loto, un goûter dansant ou encore une célébration religieuse, viennent apporter une autre perspective temporelle et donner un peu de vie et de sens au lieu. Le temps de la structure est un instrument puissant d'uniformisation des pratiques et d'enfermement dans la répétition. Son contenu est calé sur les moments de soin, sur les actes de reproduction physiologiques des pensionnaires : manger, dormir<sup>197</sup>. Sans début, ni fin, cette vision répétitive permet de nier la notion de durée et d'évacuer ainsi l'idée de la mort à venir, une mort que l'institution essaie au maximum de masquer.

Ce temps de la répétition, c'est un temps qui pénètre le corps, l'assujettit. Il marque l'intervention des aides-soignantes dans l'espace personnel des personnes âgées, leur vie intime ou du moins ce qu'il en reste. La toilette, le nursing, la prise de médicament, les repas, tous relèvent du temps institutionnel auquel on ne peut que se soustraire, surtout lorsqu'on n'est pas totalement autonome.

Ces répétitions qui scandent le présent de l'ici et maintenant, consacrent en même temps la fermeture au monde. Nous allons voir plus loin qu'en maison de retraite les pensionnaires tendent à se déplacer de moins en moins et dans les limites intérieures de la maison de retraite. Robert Castel fait une analyse proche de la notre au sujet de l'institution psychiatrique : « *Introduire le changement* » dans une institution psychiatrique ce n'est pas en effet seulement changer de techniques, introduire des innovations savantes, ni même

---

<sup>197</sup> Dans son roman *Gonzalez Saint Bris* (2002, p 18) fait dire à son héros, un petit garçon qui est contraint de vivre dans un asile de riches vieillards à Brighton : « *La vie des anciens était aussi réglée que celle des nouveaux-nés. Plus on est proche de la naissance et de la mort, plus les horaires prennent de l'importance. A ces deux pôles de l'existence, seuls comptent ces repères qui annoncent l'heure tant attendue des repas* ».

*améliorer la qualité des relations entre les individus ou les groupes. Ce serait très simplement y faire rentrer la temporalité réelle, c'est à dire la possibilité d'alternatives, de choix, de projets ; ce serait redialectiser une vie que la « maladie mentale » a peut-être d'abord figé, mais que l'ordre asilaire pétrifie à jamais.»*<sup>198</sup>

L'usage intensif qui est fait de la télévision va symboliser cet enfermement spacio-temporel. Il se lit jusque dans les chaînes et choix d'émissions proposées aux pensionnaires. Les séries à l'eau de rose et les émissions de variétés sont les plus fréquemment sélectionnées. Quand ni l'une ni l'autre ne se présentent, notamment les matins tôt après le petit déjeuner, ce sont les émissions pour enfants ou les émissions de téléachat qui sont choisies. Ces dernières, qui n'ont aucun sens pour les pensionnaires, leur rappellent cruellement qu'ils ne participent plus directement, en tant que consommateur, à la société marchande. Nous ne verrons jamais une aide-soignante ou une infirmière allumer la télévision pour mettre le journal télévisé, ni une quelconque émission politique ou socio-économique. Il faudrait faire une étude plus approfondie pour voir ce que les aides-soignantes regardent à leur domicile. Cela permettrait de mettre en regard leurs pratiques télévisuelles avec celles qu'elles imposent aux personnes âgées. Il nous semble permis toutefois, sans avoir fait cette investigation, de pouvoir tirer un certain nombre d'enseignements de leurs comportements. Cette simple observation en maison de retraite, nous renseigne sur la représentation que les aides-soignantes se font de la vieillesse à travers ce qu'elles estiment « être bon d'être regardé à cet âge ». On retrouvera ainsi l'idée d'une vieillesse qui ne vit plus dans le monde d'aujourd'hui, justifiée par le fait qu'il faut ménager les personnes âgées. « *Au journal télé, on ne montre que les morts, la violence et la guerre. Les personnes âgées sont suffisamment angoissées comme ça pour ne pas aller en rajouter* » nous dit une infirmière salariée des Aves. Si l'actualité du monde est spontanément occultée, le passé se décline sous une forme soit infantilisante, au travers des émissions d'enfants ou dessins animés, soit sous une forme nostalgique et homogène à tous. Le passé ne peut être évoqué qu'à condition qu'il soit présenté de manière positive, sensé rappeler « les bons souvenirs d'une jeunesse commune ». C'est dans ce sens que sont privilégiées les émissions consacrées aux chansons d'antan. La télévision est appréhendée comme un moyen d'évasion et de pacification, une manière de faire passer le temps qui se fige.

---

<sup>198</sup> Cf. Castel, 1973, pp. 111-135.

L temps des pensionnaires se calque sur celui des soignants, l'ennui des uns fait l'écho au travail routinier des autres. Chacun est sur un rythme propre, diamétralement différent de celui de l'autre, avec des possibilités de rencontres réduites. Les premiers expérimentent tout au long de la journée des temps morts et des temps d'attente, tandis que les autres courent toute la journée d'une tâche à l'autre. Les aides-soignantes doivent parer au plus pressé, faire tout ce qu'il y a à faire dans le cadre de leur journée de travail, les tâches matérielles prenant facilement le pas sur la dimension relationnelle. Quand l'après-midi la pression se relâche un peu, elles n'ont souvent plus l'énergie de discuter et d'échanger avec les personnes âgées.

Aux Aves, vers 11 heures 30, il faut faire la queue pour prendre les ascenseurs à l'aile du castel. Les soignantes des différents étages ont fini les toilettes et descendent les pensionnaires en fauteuils roulants. L'ascenseur fait, à chaque descente, salle comble. La tension est visible<sup>199</sup>. A l'exaspération des aides-soignantes qui sont fatiguées et pressées d'en terminer – certaines s'exaspèrent contre la copine du dessous ou du dessus qui a appuyé avant elle et qui donne l'impression de traîner - il y a l'agacement des pensionnaires qui ont peur de perdre leur tour. Ils ont pu attendre plus de deux heures devant l'ascenseur s'ils ont fait partie des premiers lavés et habillés. Les aides-soignantes dans leur grande majorité opèrent ainsi car cela va plus vite que de descendre les pensionnaires handicapés, les uns après les autres à l'issue de chaque toilette.

Cette manière de vivre des temporalités différentes, au sein d'un même espace, est source de nombreuses tensions et frustrations. Les aides-soignantes trouvent les pensionnaires trop lents, tandis que les pensionnaires disent que le personnel n'est pas assez disponible et à leur écoute. Ce décalage d'appréhension du temps marque aussi une différence profonde de statut entre les pensionnaires et les personnels. Une différence qu'Erving Goffman a énoncé, dans son livre « *Asiles* » : « *les reclus (la masse des personnes dirigées) vivent à l'intérieur des établissements et entretiennent avec le monde extérieur des rapports limités*<sup>200</sup> » alors que « *les membres du personnel restent généralement intégrés à la communauté extérieure* » du fait du temps limité passé dans les établissements. A ce propos, un pensionnaire de l'aile du Mas, Monsieur Santis raconte son rêve de la nuit à l'aide-soignante Carine. Il commence ainsi

---

<sup>199</sup> On peut noter une situation proche décrite par Gonzale Saint Bris (2002, pp 38-39) dans les années cinquante au sein d'un asile pour vieillard : « *Ce lever traînait interminablement et il fallait encore une bonne heure avant que les sœurs ne parviennent à faire descendre l'ensemble des vieux, la plupart étant handicapés. Bien sûr, il y avait un ascenseur, mais il était étroit, et, dans le couloir les chaises roulantes provoquaient toujours un embouteillage* ».

<sup>200</sup> Cf. Goffman, 1994, p 49.

son récit : “ *J’étais chez nous quand soudain...* ” Carine le reprend gentiment, “Vous savez, *c’est plus chez vous que chez moi ici* »...

Contrairement aux pensionnaires, les personnels sortent de l’institution, une fois leur travail terminé. C’est ce qui les différencie des pensionnaires. Pour autant, nous verrons que la sphère du travail peut envahir l’espace et le temps personnel ou familial des aides-soignantes et occasionner beaucoup de souffrance. Une dimension que n’a pas étudiée Erving Goffman plus centré sur les jeux d’interaction entre acteurs et comportements des reclus au sein des structures d’enfermement.

## Le rétrécissement de l'espace et l'état de clausturation

La prise en charge de soi dans l'espace clos que constitue la maison de retraite semble aller avec un rétrécissement de l'espace vital, une peur de se confronter à l'extérieur, de prendre des initiatives. Elle aboutit à une sorte de momification de la personne et au rejet de l'autre, notamment de celui qui est le plus proche de soi, le pensionnaire d'à côté.

L'espace de vie en maison de retraite devient vite lieu d'enfermement et d'assignation, et il suffit parfois de pas grand-chose pour cela. Les déplacements, se font dans des espaces bien identifiés et cloisonnés. Tout le système tend à ce qu'il n'existe plus de dehors.

Dans son roman « *Au nom de la terre* », F. Ferreira<sup>201</sup> montre, comment le personnage principal qui rejoint une maison de retraite à la suite du décès de sa femme, se voit interdire une promenade hors de l'établissement par une soignante. Non qu'elle lui empêche d'y aller mais elle lui dit de faire attention de ne pas se perdre, une idée qui va le paralyser et va le conduire à ne jamais sortir.

En maison de retraite peu de pensionnaires vont dans les jardins même quand ils sont accessibles aux personnes handicapées en fauteuil roulant. La terrasse est souvent le seul extérieur qu'elles fréquentent. Dans l'institution gérontologique il n'y a plus de dedans et de dehors, la structure matérialise à la fois les deux dimensions. Une fois l'enfermement intériorisé, il est difficile pour les personnels de « faire sortir » ou simplement d'amener à « déplacer » les pensionnaires d'un endroit à un autre.

*« Ici, si on les fait sortir, qu'on organise des piques niques par exemple, sur 90 résidents il y en a environ 30 qui vont venir, il va falloir forcer les autres ».*

Carine, aides-soignante aux Aves.

Lorsqu'un tiers vient chercher un pensionnaire pour sortir de la maison de retraite, il y a une procédure administrative à respecter. Il faut remplir une autorisation de sortie, faire une « décharge » de responsabilité. Cette démarche, même si elle est légère, est symboliquement marquante et rajoute au climat général d'enfermement. Sortir librement de la maison de

---

<sup>201</sup> Cf. Ferreira, 1992.

retraite, revient en quelque sorte à s'évader, comme nous le dit l'aide-soignante Anaïs, au travers de son lapsus. *“ En cas d'incendie, les personnes valides, on les fait s'évader par les escaliers, heu, je veux dire, sortir par les escaliers, et celles qui sont dans des chaises, il faut les mettre dans le salon ”.*

A l'intérieur de la maison de retraite, les déplacements sont réduits. Les pensionnaires ne vont pas beaucoup à la rencontre des autres personnes âgées. Le sentiment d'esseulement, la perte de repère dans un espace dénué de sens social, la vue d'autres pensionnaires tout aussi handicapés et proches de la mort que soi, expliquent en grande partie cet éloignement des autres.

Aux Aves, par exemple, les pensionnaires de l'aile des plus valides du Mas ne vont pas de leur propre initiative au Castel - le cas contraire étant encore plus rare. Les deux ailes sont pourtant distantes d'une vingtaine de mètres. Les pensionnaires ne connaissent pas l'autre aile, ils ne s'y repèrent pas et ne s'y aventurent donc pas. Il faut dire que l'organisation de l'espace dissuade de s'y rendre. Deux portes codées et un long couloir les séparent. Pour échapper à ce parcours à obstacle, il faut passer par le jardin où les pensionnaires ne vont guère.

Au centre gérontologique des Abeilles, l'espace qui sépare la maison de retraite du foyer logement est plus accessible, même si les deux lieux ne sont pas reliés entre eux. Il faut sortir par la porte de service à l'arrière de la maison de retraite, longer un petit parking pour atteindre le jardin du foyer logement puis son entrée une cinquantaine de mètres plus loin. Là encore, le cloisonnement joue et il n'y a pas que les bâtiments qui se tournent le dos. Écoutons à ce propos Joséphine Roche, aide-soignante au foyer logement des Abeilles, nous parler des discriminations des pensionnaires du foyer logement envers ceux de la maison de retraite.

*« Quand on est en maison de retraite, on est content de venir à une animation en foyer logement. Ici c'est l'inverse, ceux du foyer logement n'acceptent pas d'aller là-bas, ils n'acceptent pas non plus que ceux de la maison de retraite viennent ici. Pour eux, c'est la peur, la peur du futur. Ils savent qu'en principe quand on part là-bas, en principe, les personnes n'en reviennent plus. Donc pour eux, la maison de retraite, c'est vu d'un oeil affreux.(...) Ils sont odieux, mais alors odieux vis-à-vis de ceux de la maison de retraite. (...)*

*Pire que des petits en maternelle qui ne se font pas de cadeaux entre eux. A ces âges là, c'est pire. »*

Les stigmatisations des vieux entre eux qui projettent dans leurs semblables leur décrépitude et l'échéance de leur propre mort, s'inscrivent en continuité avec les phénomènes d'exclusion que notre société fait subir à la grande vieillesse. Les phénomènes de déni sont intériorisés par les vieux qui les reprennent à leur compte et les font subir à plus handicapés, plus malades ou tout simplement plus âgés qu'eux. Cela avec d'autant plus de force et de hargne qu'ils savent - plus ou moins consciemment - ce jeu perdu d'avance et leur fin proche. Les maisons de retraite médicalisées qui regroupent aujourd'hui des vieux très âgés ne font que renforcer et matérialiser ce déni dans un espace clos. Par leurs choix architecturaux, leurs modes d'affectation des pensionnaires, leurs organisations spatiales et temporelles, ces institutions suscitent de la violence et du rejet.

*« Il y a en eu un, l'autre jour, qui a mis un coup de ciseau à une autre pensionnaire. Ils se battent, ils sont méchants entre eux, pour une bêtise, une cigarette, un morceau de pain, oui ça arrive. »* Marie-Laure, faisant fonction d'aide-soignante aux Aves.

Quand une personne âgée agit de manière agressive, l'institution et son personnel vont s'étonner, voire s'offusquer, de ses comportements jugés selon les cas, infantiles, égoïstes ou violents. Comme dans l'exemple précédent, l'acte va paraître disproportionné compte-tenu du motif explicite. Les effets de tels agissements seront imparables pour la personne accusée. Elle va être reprise en main par l'institution, au nom de sa sécurité et/ou de celles des autres soit de manière médicamenteuse soit en l'isolant dans sa chambre. Le pensionnaire n'en ressortira que plus assujéti.

Ce mécanisme de « punition » assoit de manière infaillible le pouvoir de contrôle de l'institution sur les pensionnaires, sans pour autant compromettre la légitimité de son action vis-à-vis de la société. On ne peut bien sûr pas cautionner la violence des personnes âgées en maison de retraite, pour autant à n'observer que les effets, sans analyser les mécanismes et les causes en jeu, on en vient à légitimer la violence que l'institution inflige en retour aux personnes âgées.

Cette peur de se déplacer, d'aller vers les autres, peut aussi conduire les pensionnaires à rester dans leur chambre au risque de se renfermer. Ils le font pour se protéger des autres personnes âgées, parfois plus malades ou plus handicapées qu'eux. S'imposer une certaine solitude pour ne pas ressentir l'enselement et subir l'absence d'inscription sociale de ces établissements. Pour garder le moral, ils préfèrent s'exiler dans leur chambre et se réinventer un monde à partir de là. Cette attitude, qui n'est pas facile à tenir dans la durée, se rencontre plus souvent chez les personnes les plus valides. Cela est beaucoup moins fréquent dans les espaces où sont regroupées les plus fortement handicapées. Dans ces cas, les personnels soignants les obligent à quitter leur chambre dans la journée s'ils ne doivent pas rester alités pour raison médicale. Aux Aves comme aux Abeilles, toutes ces personnes âgées vont se retrouver regroupées, chaque après-midi en salle commune ou en salle de télévision, sous le regard des aides-soignantes, en effectif réduit à ce moment-là de la journée.

## Les procédures de surveillance et de contrôle

Les procédures de contrôle viennent parachever le système d'assujettissement. Une fois que les personnes âgées ont été dépouillées de leurs biens, qu'elles ont été affectées à une place qui les identifie comme pensionnaires plus ou moins dépendants et/ou désorientés, que leurs déplacements se limitent à quelques pas dans la maison de retraite, l'institution a réussi à faire d'eux des reclus soumis. Les formes de contestation restent minoritaires au sein des établissements. La majorité des revendications s'expriment de manière individuelle et indirecte. Les pensionnaires qui protestent ou se rebellent en maison de retraite, ont de grande chance de voir leurs oppositions réinterprétées comme l'expression de symptômes individuels liés à leurs états de santé physiques et psychiques, jamais comme l'expression d'un mal-être existentiel.

### Le traitement des fugues et des chutes

Une des formes commune et ancienne que prend le rejet de l'institution par les personnes âgées est la fugue. Christine, aide-soignante aux Abeilles à l'espace réservé aux personnes désorientées, décrit cette préoccupation pour son établissement.

*« C'est un gros problème les fugueurs, un gros fléau, parce que pour gérer tout ça c'est très dur. Là, en ce moment, ils partent, ils fuguent. Une fois qu'ils sont sous médicament, ils sont assis, ils dorment tout le jour et sont complètement ensuqués, c'est le mot<sup>202</sup>. Quand ils se lèvent justement c'est là qu'ils tombent parce qu'ils sont sous l'effet du médicament. Le médicament il y a le pour et le contre. Il faut faire attention, on essaie de ne pas trop en donner, pas trop parce qu'après ils sont complètement sous l'effet du médicament, ils sont complètement à côté de la plaque, ils n'ont plus de réflexe du tout. Donc il faut gérer au maximum, sans trop les ensuquer ».*

Lorsqu'un pensionnaire exprime son désir de fuite, son refus d'être là, ce sont les médecins et les infirmiers qui le prennent en charge de manière médicamenteuse. Il en est de même pour toute autre forme de rejet ou de violence des pensionnaires envers lui ou les autres. Ce qu'il

---

<sup>202</sup> Expression méridionale pour exprimer la somnolence.

est intéressant de constater ici, dans le témoignage de cette aide-soignante, c'est le dilemme dans lequel est pris le corps médical qui reprend le paradoxe de la prise en charge énoncé plus haut. Cette tension entre le risque de fugue et le risque de chute renvoie à l'opposition entre dépendance et demande d'autonomie évoquée plus haut. Prise dans une dynamique d'enfermement et confrontée à sa mission de « préservation » de l'état de santé du pensionnaire, les maisons de retraite sont confrontées au paradoxe suivant : si les pensionnaires sont autonomes et conscients, ils risquent de s'échapper. S'ils sont par contre trop sous l'emprise médicamenteuse, ils perdent leur équilibre et risquent de chuter.

Si les aides-soignantes n'interviennent pas directement sur l'aspect médicamenteux, nous l'avons dit, elles occupent par contre une place cruciale dans le dispositif de surveillance des pensionnaires. Leur travail consiste à apporter aide et confort aux personnes âgées en s'assurant que les besoins physiologiques ont été satisfaits. Elles doivent veiller sur eux. Ce qui, dans un contexte d'enfermement, se traduit par un contrôle diffus mais permanent des personnes âgées. Les aides-soignantes semblent avoir intériorisées ce (glissement de) rôle qui font d'elles des gardiennes d'institution. Elles ressentent un tiraillement entre cette fonction et celle qui consiste à prêter attention à l'autre. L'organisation tend à leur faire croire que les deux ne forment qu'une seule et même dimension de leur travail.

*« - On n'a pas trop le temps de parler, s'asseoir (avec les pensionnaires). Ca va tellement vite une journée, qu'il y a des fois, si on nous dit, vous avez vu cette personne dans l'après-midi, franchement, je ne peux pas te dire. Des fois on est là et on ne peut pas te dire. (Anaïs)*

*- Vous les avez vues sans les voir ?*

*- Voilà, en fait. Quand ils nous parlent, à la rigueur, oui, on tourne la tête, on les voit, mais il y a certains, les discrets, style Monsieur Bayard, ils sont tellement discrets, ils ne parlent pas, que je ne peux même pas dire s'ils ont bu le café au lait ou pas. Je peux même pas dire. Et là, en ce moment, il est où ? A l'accueil, parce que c'est là qu'il est le plus souvent, mais s'il n'y est pas, il est où ? Je sais pas parce que je n'ai pas porté attention. Et c'est ça que je ne veux pas perdre. »*

« Ne pas porter attention » à une personne dont on se sent en responsabilité, donne le sentiment de ne plus faire correctement son travail. C'est le sentiment d'Anaïs. L'intensité demandée lui fait perdre le sens de son engagement. Elle craint de se dé-professionnaliser en perdant ce souci de l'autre. Le cœur de l'activité soignante est battu en brèche. Quand le

temps interpersonnel se réduit à une peau de chagrin, « *porter attention* » à l'autre revient ici à quadriller l'espace de vie de la personne âgée et savoir où elle se trouve à tout moment de la journée. Il s'agit de contrôler, surveiller, à défaut d'être dans le « care », en accompagnant et prenant soin. Cette aide-soignante ressent un malaise global, elle se plaint de n'avoir pas le temps de s'asseoir pour discuter avec les pensionnaires. Mais elle ne voit pas de contradiction entre son assignation de gardienne de personnes âgées et le travail de soin. Elle souffre car elle a l'impression de n'arriver ni à bien faire son travail d'aide-soignante, ni même à savoir où sont les pensionnaires. Elle se trouve piégée. Elle a intériorisé le fonctionnement disciplinaire de la maison de retraite sans l'avoir totalement accepté. C'est comme si le gardiennage était le substrat de son activité, l'accompagnement étant un plus. Tant qu'elle travaillera en maison de retraite<sup>203</sup>, elle sera prisonnière de ce rôle et sa souffrance se traduira par une culpabilité grandissante. Un sentiment sur lequel la structure s'appuie pour lui en demander toujours plus.

Les aides-soignantes participent du principe implicite selon lequel, en échange de garanties offertes aux pensionnaires, ce que Goffman appelle « *les préoccupations d'humanitaires*<sup>204</sup> », les pensionnaires doivent rester dociles sous le regard du personnel. Dit de manière plus abrupte, le respect des conditions biologiques et sanitaires de reproduction des pensionnaires s'échange contre leur réclusion et leur docilité. Une réclusion qui prend la forme d'un espace matériellement fermé, au service des désorientés. Aux autres étages, la clôture est symbolique mais non moins puissante. Elle puise dans la capacité de chaque pensionnaire à avoir intériorisé et incorporé l'enfermement.

Cette transaction va s'opérer sur la base d'un discours sécuritaire centré sur la protection des individus. Identifiés comme fragiles et handicapés, et dans un certain nombre de cas inconscients de leurs actes, tout va être entrepris pour éviter un risque d'accident. Les chutes des pensionnaires sont fortement redoutées en institution gériatrique. Alors que le discours sur l'autonomie des personnes âgées est prôné aujourd'hui par une majorité des acteurs du champ gériatrique, beaucoup d'attitudes et de comportements ne vont pas dans ce sens. C'est sur les questions des déplacements que cela est le plus visible. Toutes les décisions concernant ce sujet sont des prises de risque, dès lors que les personnes âgées ne marchent plus facilement toutes seules. Il est toujours plus sûr de faire évoluer un individu qui

---

<sup>203</sup> Cf. Troisième partie, le récit de vie d'Anaïs Nissan.

<sup>204</sup> Op. cit. p 126.

n'arrive plus à bien marcher avec un fauteuil roulant que de l'aider à se mouvoir avec une canne ou un déambulateur. Les arbitrages ne sont jamais simples à faire pour les membres de l'institution et le corps médical. Les personnes âgées, que la vie protégée et recluse en établissement a rendu souvent plus craintive et renfermée, vont souvent avoir tendance à réclamer d'elle-même la solution de prise en charge la plus sécurisante, ce qui va contribuer à les rendre plus dépendantes encore.

Le choix de l'autonomie est toujours une solution plus risquée. En institution, une pression s'exerce pour « le tout sécuritaire » en lien parfois avec la famille, souvent culpabilisée d'avoir placé un de ses proches et inquiète que rien ne lui arrive. Comme le fait remarquer Robert Huguenot<sup>205</sup> : *« la chute d'une personne âgée de sa hauteur, de son fauteuil ou de son lit, à la maison, est considérée comme un accident regrettable ; quand elle se produit en milieu institutionnel, c'est par manque de surveillance ! »*

Le personnel médical ou para-médical, les médecins et les kinésithérapeutes, savent que, dans un certain nombre de cas, la chute est un risque à prendre et si elle se produit le personnel de proximité ne peut être considéré comme responsable. Mais la direction n'adopte pas toujours cette position. Risquant de devoir rendre des comptes, d'être accusée de négligence ou de malveillance par la famille du pensionnaire, elle demande des explications à son personnel de proximité qui ne le vit pas toujours bien. Il a l'impression d'en faire déjà beaucoup sans avoir les moyens d'assurer correctement un suivi des personnes. Dans un contexte global de pénurie de personnel et de peur d'être mis en accusation, il n'est pas étonnant de constater une tendance institutionnelle à surprotéger les pensionnaires, ce qui génère une sur-dépendance. Une spirale surveillance-contrôle-dépendance va ainsi pouvoir se mettre en place.

Ce mécanisme sur-protecteur s'accorde bien avec un fonctionnement de type gestionnaire. Nous allons le préciser à propos des risques de chute des pensionnaires, la nuit. Pour les protéger, ils sont mis dans des lits à barreaux desquels ils ne peuvent tomber mais d'où ils ne peuvent sortir, pour aller aux toilettes par exemple. Aussi, même s'ils ne sont pas incontinents, le personnel va leur mettre des couches ce qui va les amener à devenir incontinents très vite. Le personnel de nuit est trop peu nombreux pour intervenir à la demande, cela n'est même pas pensé par l'organisation. Aux Abeilles pour 85 personnes âgées, il y a une aide-soignante et une agent de service la nuit. Aux Aves pour 130 personnes,

---

<sup>205</sup> Cf. Huguenot, 1998, p 65.

il y a deux aides-soignants. Des rondes sont organisées de manière systématique pour tous les pensionnaires, à certaines heures de la nuit, un peu comme dans un système carcéral.

*« On a quatre personnes qui sont incontinentes ; parce qu'elles ont les barrières elles ne peuvent pas se lever seules. On a deux ou trois cas qui se lèvent seules, elles vont aux toilettes. Le matin on les trouve dans des états pas très agréables pour elles, parce qu'elles sont encore toutes souillées, des fois elles se souillent sur elles parce qu'elles ne vont pas aux toilettes. »* Christelle, Aide-soignante des Abeilles

Il faut du temps et de la disponibilité pour être à disposition des pensionnaires qui veulent aller aux toilettes et l'institution gérontologique en France à l'hôpital comme en structure d'hébergement doit faire-face à un sous-effectif chronique de personnel. La mise sous couches n'est pas la solution miracle y compris pour un établissement qui ne raisonnerait que sur un plan budgétaire. Outre les irritations, brûlures cutanées que cela peut occasionner qui nécessiteront plus tard des soins à la personne donc du temps et des médicaments - des frais qui seront alors pris en charge par la sécurité-sociale - leurs utilisations systématiques a un coût financier important. La solution qu'adoptent certaines structures est d'externaliser ce coût qui s'ajoute à celui du prix mensuel. Pour celles qui ne le font pas, l'économie et la rationalisation sont de rigueur.

Aux Aves, les couches de nuit très absorbantes ne sont plus employées. Seules des couches de jour sont utilisées. La conséquence immédiate c'est que l'équipe de nuit réveille les pensionnaires les plus incontinents tous les jours vers quatre heures trente / cinq heures du matin pour les changer. Avec des couches de nuit, les pensionnaires pourraient attendre l'heure des toilettes du matin... On rentre ici dans des calculs sordides où seule la dimension financière est prise en considération.

*- On doit faire deux changes dans la nuit, à part si entre temps il y en une qui a sali ou qui nous appelle, mais on fait deux changes systématiques, un vers minuit, un à cinq heures du matin.*

*- Quant tu travaillais de nuit, il y a dix ans, tu réveillais les personnes systématiquement la nuit ?*

*- Bien oui, obligé, obligé. Ça me faisait peine, parce qu'il y en a qui dormaient très bien mais bon... On les changeait à six heures et demi le soir, on ne pouvait pas attendre le lendemain*

*la toilette, huit heures du matin, ça fait trop long, les grands- mères, elles étaient inondées. Il fallait absolument les changer. Il y a au moins quarante changes dans la nuit à faire, obligatoires, parce que les couches sont inondées, on est obligé, sinon les grands- mères sont toute la nuit dans le pipi, dans le caca, il y en a qui font.*

*- Même maintenant avec les couches qui sont plus efficaces ?*

*- Même maintenant, ils ont rechangé le système de couches. Ils avaient mis des couches de nuit, mais bon ils y sont revenus. Ils sont revenus au système d'avant, donc on est obligé de refaire des changes complets. »*

Marie-Laure Orrizo, faisant fonction d'aide-soignante aux Aves.

### **La référence aux schémas panoptiques.**

Le système de sujétion est centré sur le traitement individualisé des personnes, il est permanent et omniprésent, ce qui en fait sa force. Sans pouvoir retrouver tous les paramètres du schéma panoptique, décrit par Michel Foucault, l'économie générale de ce système d'enfermement, centré sur le « bon dressement », est ici à l'œuvre. Repérer ce mécanisme va permettre de dépasser la première impression de liberté que l'institution donne à voir de ses pensionnaires. Elle va permettre aussi de mieux comprendre l'impression de « douce violence » qui émane de ces univers clos sans clôture.

Dans une perspective historique, Michel Foucault, nous présente deux modèles d'organisation du pouvoir : celui du grand renfermement et celui du panoptisme. Le premier est symbolisé par la manière dont a été traitée la lèpre dans notre société, le second, la peste. Cet habitant symbolique que constitue le lépreux, est mis au ban de la société derrière des murs de clôture qui marquent physiquement sa séparation d'avec le reste de la population. Les lépreux sont exilés, mis en masse et hors d'atteinte des non lépreux. Le projet politique qui est sous-tendu ici, renvoie au mythe de la « communauté pure » sur la base du principe de l'exclusion. Il en est autrement des pestiférés qui « sont pris dans un quadrillage tactique méticuleux » qui découpe et différencie les individus pour mieux les dresser. Le projet politique de cette deuxième conception renvoie à celle d'une « société disciplinée ». Issu des deux précédents, un nouveau schéma d'enfermement va se constituer. Il va s'agir « d'individualiser les exclus,

*se servir des procédures d'individualisation pour marquer les exclusions* »<sup>206</sup>. Le principe central de sa mise en œuvre est celui de la mise en visibilité. Si le pouvoir s'exerce de façon masquée, en se rendant invisible, « *en revanche, il impose à ceux qu'il soumet un principe de visibilité obligatoire. Dans la discipline, ce sont les sujets qui ont à être vus. Leur éclairage assure l'emprise du pouvoir qui s'exerce sur eux. C'est le fait d'être vu sans cesse, de pouvoir toujours être vu, qui maintient dans son assujettissement l'individu disciplinaire.* »<sup>207</sup>

Il y a une dizaine d'années ont été placées aux Aves des caméras dans les parties communes, à la suite un gros travail de réhabilitation de la maison de retraite. Justifiées comme un élément supplémentaire de sécurisation au service des pensionnaires pour intervenir le plus rapidement possible en cas de malaises ou de chutes, les caméras contribuent dans les faits à donner le sentiment que tout est surveillé, à tout moment. Même si ce n'est pas le cas, l'essentiel est d'en donner l'impression. Les pensionnaires sont sous « l'emprise » de cette présence en grande partie fictive - nous ne surprendrons jamais la hiérarchie regarder les télévidéos. Si un terminal écran est situé au-dessus du bureau de l'infirmier en chef, l'autre est dans le bureau du directeur qui n'a pas de compétences soignantes ou médicales particulières. Il s'agit d'un contrôle qui touche les pensionnaires et par ricochet le personnel. Il ne s'exerce pas de manière violente mais il en est non moins actif. Mais les caméras ne sont que la partie visible du processus de surveillance.

Pour induire cet état permanent de visibilité, il importe de considérer la manière dont est organisé l'espace et surtout, dans le cas présent, dont il est fréquenté. Nous ne sommes pas dans la figure architecturale type du panopticon de Bentham décrite par Michel Foucault, même si la présence de grands vitrages qui fait rentrer la lumière, renforce l'effet de transparence recherché et tend à accentuer le sentiment de contrôle et de peur pour ceux qui le subissent. Mais si les chambres ne sont pas mises en visibilité, s'il n'y a pas non plus de tour

---

<sup>206</sup> Cette hybridation conduit à : « *traiter les « lépreux » comme des « pestiférés », projeter les découpages fins de la discipline sur l'espace confus de l'internement, le travailler avec les méthodes de répartition analytique du pouvoir, individualiser les exclus, mais se servir des procédures d'individualisation pour marquer les exclusions...* » Michel Foucault aboutit à la conclusion suivante : « *d'un côté on « pestifère » les lépreux ; on impose aux exclus la tactique des disciplines individualisantes ; et d'autre part l'université des contrôles disciplinaires permet de marquer qui est « lépreux » et de faire marquer contre lui les mécanismes dualistes d'exclusion...* » Dans notre cas, il s'agit d'un marquage binaire qui renvoie dos à dos : les vieux (les pensionnaires) et les non vieux (le personnel), les vieux valides aux vieux invalides, les vieux non fous et les vieux fous. Cf. Foucault, 1983.

<sup>207</sup> Op. cit. p 189.

centrale à partir de laquelle on peut saisir à tous moments la vie de chaque pensionnaire, pour autant le principe de mise en regard permanent fonctionne.

L'espace collectif comme l'espace individuel des chambres se veut agréable, propre et lumineux. Aux Aves, comme aux Abeilles, les bâtiments ont été totalement rénovés et mis aux normes récemment, ils sont depuis bien entretenus. Ce qui frappe d'abord, c'est l'absence de petits espaces conviviaux où quelques personnes qui l'auraient choisi, viendraient discuter à l'abri du regard des autres. Aux Abeilles, de tels espaces existent pourtant, comme nous le montrera l'infirmière en chef, mais ils sont très peu fonctionnels, loin des toilettes, situés en bout de couloirs. Peu accessibles, ils ne sont pas fréquentés. Quant aux chambres, claires et propres, elles sont dans les deux structures, avant tout fonctionnelles, servant à dormir. Elles ne sont pas pensées comme des lieux de vie, des espaces d'identité et d'intimité.

Les pensionnaires, lorsqu'ils n'ont plus leur autonomie suffisante pour se déplacer seuls, n'ont plus la possibilité de demeurer dans chambre la journée, sans pour autant qu'existe d'interdiction formelle à ce sujet. Tous les après-midi, on les retrouve dans les espaces communs de la maison de retraite. Ils sont tenus d'y rester sauf s'ils reçoivent de la visite. Les motifs que donne l'institution pour justifier cet état de fait sont pluriels : permettre aux agents de service de nettoyer les chambres, laisser les locaux propres le plus longtemps possible, éviter que les pensionnaires ne dorment dans leur chambre toute la journée. Pour autant, ce dernier problème, récurrent en maison de retraite, n'est pas réglé dans ce mode de fonctionnement. Tous les après-midi, une bonne partie des pensionnaires somnoient sur une chaise ou un fauteuil dans le hall d'accueil, la salle commune, les couloirs ou la salle de télévision. La raison non avouée de ce principe de regroupement hors des chambres est celle de la surveillance. Il est en effet plus facile de contrôler les agissements et la santé des personnes âgées lorsqu'elles sont regroupées dans deux ou trois espaces collectifs bien repérés que lorsqu'elles sont chacune dans leur chambre ou qu'elles circulent d'un lieu à un autre. Ceci est rendu d'autant plus nécessaire que les après-midi, le personnel est moins nombreux qu'au matin et au coucher des pensionnaires<sup>208</sup>. En contenant les pensionnaires

---

<sup>208</sup> La mise en œuvre des 35 heures a signifié le passage pour les personnels de 1750 heures annuelles à moins de 1 600 heures. Nous n'avons pu analyser les effets concrets de cette loi sur nos deux terrains, la démarche se mettant en place à la fin de notre travail d'investigation. Une étude portant sur une quinzaine de monographie d'établissements privés du secteur sanitaire et social en 2000 à la Dress, parle d'une certaine intensification du travail et des rythmes de travail « *ceux-ci semblent s'être pour partie accélérés, certaines périodes de travail étant assorties d'effectifs réduits (aux extrémités de la journée ou le week-end). D'une façon générale la « course contre la montre » est mentionnée un peu partout : il « faut parer au plus presser.»*

dans des espaces clos, leur mise en visibilité est ainsi assurée. On retrouve de manière adaptée la logique d'espace central de surveillance du panopticom.

Les personnes âgées semblent avoir intériorisées le fait de rester aux endroits où sont susceptibles de circuler les personnels qui peuvent ainsi mieux les surveiller tout en continuant leurs tâches. Nous constaterons aussi une sorte de surveillance mutuelle des pensionnaires entre eux. Certains venant avertir systématiquement le personnel quand un incident se produit. Le dispositif de surveillance tend à « s'automatiser » et à « désindividualiser » pour reprendre les expressions de Michel Foucault qui analyse les formes modernes d'enfermement.

Les aides-soignantes jouent certes un rôle important dans le gardiennage et la surveillance des personnes âgées mais celui-ci peut être tacitement délégué aux pensionnaires qui trouvent ainsi un rôle à jouer au sein de la maison de retraite. Il ne s'agit pas forcément d'être un mouchard mais de se sentir en responsabilité vis-à-vis des autres et d'avertir la survenue de tout problème éventuel au personnel. C'est aussi un moyen pour ces personnes âgées de ce faire bien voir dudit personnel et de revendiquer ensuite leur faveurs ou clémences...

Dans l'impossibilité d'accompagner les pensionnaires fragiles ou handicapés dans leur déplacement par manque de temps, les aides-soignantes mettent donc en oeuvre une forme de surveillance passive et diffuse qui prend le pas sur le travail d'aide et d'assistance individualisée qui est au centre de leur fonction d'aide soignante. Les pensionnaires se retrouvent cantonnés dans des espaces restreints sous le regard de tous pour ne pas prendre de risque (état de clausturation) et ne pas faire prendre de risque aux aides-soignantes. C'est à l'étage « Alzheimer » aux Aves que nous retrouvons cette pratique de mise en regard permanente des pensionnaires de manière la plus caricaturale et violente.

Parfois les pensionnaires de cet étage descendent au rez-de-chaussée sur la demande insistante des infirmiers qui poussent les aides-soignantes à les « faire bouger » afin qu'ils ne soient pas

---

*Cette tendance c'est vu aggraver par les règles de jeu de la mise en oeuvre de la RTT. « Pour une réduction du temps de travail d'environ 10 % des allègements de charges sociales étaient accordées si les embauches supplémentaires atteignaient au moins 6 % ce qui impliquait en général la réalisation de gains de productivité. Or, dans le secteur social, le temps passé auprès des personnes âgées est lui-même partie constitutive de la prestation dans la mesure où le service rendu, au delà d'une assistance technique suppléant leur handicap, est assorti d'appui psychologique ou éducatif. Les gains de productivité y apparaissent donc plus difficile à concevoir et à mettre en oeuvre que dans le secteur sanitaire où, tout au moins pour partie, la prestation dépend également de la pertinence et de la rapidité des traitements mis en oeuvre... » Cf. Segrestin & Tonneau, 2002.*

toujours cloîtrés à leur étage. La mise en œuvre de ce principe va se révéler assez catastrophique dans les faits. Nous l'observerons un dimanche, jour où la hiérarchie est absente, représentée seulement par un(e) infirmier(ère) salarié(e) qui généralement ne veut pas tenir ce rôle et assure plutôt une forme de veille médicale. Cette promenade, organisée après le déjeuner des pensionnaires, va vite tourner court. Une fois descendu de leur étage, les pensionnaires sont mis autour d'une grande table de la salle à manger près d'un mur, sans activité. Les plus « pénibles » et « nerveux » sont mis à la rangée du fond, contre le mur, afin qu'ils se tiennent tranquille et ne puissent se déplacer. L'ensemble des pensionnaires restera là environ trois heures. Le personnel en profite pour déjeuner et discuter. C'est le seul moment de la semaine où l'ensemble des aides-soignantes<sup>209</sup> et agents de service peuvent se retrouver ensemble et souffler sans avoir le sentiment d'être épié et pris en faute. Le personnel se tient à l'autre bout de la grande salle à manger, ce qui leur permet de ne pas entendre les pensionnaires, tout en les voyant. D'un seul coup d'œil, il peut voir si les pensionnaires se tiennent tranquille, sans effort particulier. L'espace de convivialité et de récupération des uns devient un espace d'emprisonnement pour les autres.

A côté du contrôle visuel, il nous faut parler de la gestion de l'espace sonore en maison de retraite. Aux Aves, une faible musique se fait entendre dans les couloirs aux différents étages. C'est une musique douce qui fait fonction de musique d'ambiance pour rendre l'atmosphère sereine et agréable. Cela évite, par ailleurs, de se retrouver confronté au silence qui peut raviver une sensation d'angoisse, d'esseulement dans ces lieux vides de sens. Cette musique est là pour masquer le désespoir qui habite souvent les lieux.

Au rez-de-chaussée, ce sont les va et vient et le bruit de la télévision qui marquent l'univers sonore. Aux Aves comme aux Abeilles, la télévision, que personne ne regarde vraiment, mais qui rassemble les pensionnaires pendant de longs moments entre les repas, semble satisfaire la direction comme le personnel qui a moins à les surveiller pendant qu'ils sont là tranquilles et qu'ils somnolent. La télévision joue un rôle puissant dans l'assujettissement des êtres. Cette maîtrise de l'univers sonore, radiophonique ou télévisuel, rajoute au sentiment de contrôle et de mainmise de l'institution sur l'individu.

---

<sup>209</sup> Cette organisation permet à l'aide-soignante de ce service « Alzheimer » de venir manger avec le reste de l'équipe et de quitter provisoirement son isolement d'avec les autres soignantes, car elle n'a pas le droit de quitter son étage pendant son temps de travail lorsque les pensionnaires y sont.

## **Les inspections surprises et la confiscation des clefs.**

Le système de surveillance est d'autant plus puissant que les individus l'auront incorporé. Quand cela ne suffit pas, il doit se manifester plus concrètement. Cela peut aboutir à de l'enfermement physique, de la contention physique. Mais avant d'en arriver là, un système de contrôle méthodique et aléatoire entretient un certain état de discipline et de soumission qui touchera les pensionnaires mais aussi nous le verrons plus loin les personnels d'exécution. Des inspections et contrôles surprises parachèvent le contrôle disciplinaire. Cela permet de soutenir et de renforcer le regard de type panoptique en le rendant plus concret et plus tangible encore. Une menace pèse qui entretient la peur.

En maison de retraite les aides-soignantes veillent au rangement des chambres des pensionnaires et plus particulièrement à leurs affaires, des tâches qu'elles partagent avec les agents de service. Cela se traduit par des contrôles réguliers des placards, armoires et tables de nuit des pensionnaires. Si cela répond à des préoccupations d'hygiène et d'ordre, la manière dont cela est fait, généralement en l'absence du pensionnaire et de manière impromptue, tend à montrer qu'il s'agit aussi d'un exercice de contrôle qui contribue visant au dépouillement et la dépossession des pensionnaires.

*« On est obligé de regarder ce qui s'y passe dans les placards, surtout chez les hommes. On leur explique qu'on est là pour leur bien, pour ranger le placard, comme une femme de ménage qui viendrait chez eux. Mais ça crée des tensions car de toute manière ils sont obligés, tandis que chez eux ils ne seraient pas obligés. »*

Babeth, aide-soignante aux Abeilles.

Un autre trait marquant du caractère disciplinaire de l'institution, c'est la confiscation des clefs et leur détention par le personnel de proximité. Le pouvoir que cela leur confère est immense. Quant il n'y a pas à proprement parler de confiscation de clefs c'est que, soit il n'y en a pas, soit que le personnel utilise un passe. Les pensionnaires, surtout s'ils sont « dépendants », n'ont pas d'espace intime qui puisse être préservé du regard du personnel.

Aux Aves, c'est l'assistante sociale qui autorise ou non la détention par les pensionnaires de la clef de leur chambre. Dans les faits, seuls ceux qui habitent à l'aile du mas où se trouvent les personnes les plus autonomes, peuvent en disposer. Au Castel, un seul pensionnaire avait

la sienne. Les chambres sont généralement laissées ouvertes, sauf lorsque des pensionnaires, inquiets pour leurs effets personnels, demandent au personnel de fermer leur chambre. Ils deviennent alors dépendants d'autrui pour y accéder. Cette confiscation d'espace intime semble aller de soi dans l'institution, personne n'en parle. Elle ne provoque pas de réprobation ouverte de la part du personnel, ce fait semble banalisé. Interrogé sur cet aspect, Aline, faisant fonction d'aide-soignante aux Aves, tentera de justifier cette pratique en nous expliquant le contexte institutionnel et l'état d'irresponsabilité des pensionnaires.

*« Il y en a qui demandent leurs clefs et on ne leur donne pas, parce que d'abord on ne l'a plus, il faut les faire refaire, parce qu'à un moment donné, tout le monde les avait puis il y a eu des pertes. Ils ont perdu leur clef ou c'est passé à la poubelle. Et puis il y en a qui demandent mais qu'on ne peut pas leur donner. Comme Gaston, on ne peut pas lui donner. Il va la perdre. Et puis il y en a qui croient qu'avec leur clef d'armoire, ils pourront ouvrir (rire) celle des autres. Quand ils rentrent, c'est Madame Bouletin (assistante-sociale) qui juge si elle doit leur donner ou pas. »*

Sans que cela ne soit jamais énoncé, ni explicité par personne, les clefs ou passes sont utilisés ponctuellement pour marquer un rapport de force. Il permet d'exclure ou d'enfermer les pensionnaires qui transgressent les normes, deviennent trop exaspérants voire violents.

En ce milieu d'après-midi, une agent en service est appelée au micro pour aller nettoyer la chambre d'une pensionnaire qui l'a souillée. Il s'agit d'une personne âgée centenaire qui a déféqué dans sa chambre. Une première agent de service arrive sur les lieux, visiblement tendue par ce travail supplémentaire. Lorsqu'elle a fini de remettre propre ce lieu et qu'elle a passé la serpillière, elle ferme aussitôt la porte de la chambre à clef. La pensionnaire joviale et avenante semble interloquée par ce geste. Elle lui demande de laisser ouverte la porte de sa chambre. Visiblement exaspérée la salariée ne lui répond pas. Et la pensionnaire demande : *“ Je suis mise dehors ? ”* L'agent de service s'éloigne sans mot, hors d'elle, ayant pris le parti de se taire pour contenir sa colère. La responsable de service arrive à ce moment là et lui explique que sa chambre restera fermée à clef le temps que le sol soit sec. *“ Il faut que vous attendiez un peu ”*. Cette réponse rassurera la pensionnaire qui reprendra un visage souriant. Dans les faits, la chambre ne sera pas réouverte avant le moment du coucher.

Le pouvoir conféré par les clefs donne la possibilité non seulement d'enfermer mais aussi de mettre dehors, d'exclure le pensionnaire d'un lieu personnel, ce qui peut être tout aussi violent. Les situations ne sont pas faciles à vivre comme nous le voyons au travers de cet exemple. Les rapports de force émaillent les relations. Les demandes d'assistance et de prise en charge des personnes âgées peuvent jouer sur les nerfs et la fatigue du personnel, les conduire au bord du dégoût voire de la violence. On peut par exemple décoder la séquence précédente comme : tu ne m'écoutes pas, où tu ne t'intéresses pas assez à moi, donc je décide - plus ou moins consciemment - de te faire « chier » c'est à dire de le faire payer.

Ce caractère disciplinaire d'enfermement, est relayé par la direction qui, au moment où nous enquêtons aux Aves, venait de renforcer son système de contrôle par la mise sous clefs des placards des pensionnaires de l'aile du Castel. Le motif officiel était que les pensionnaires laissaient des denrées alimentaires périssables s'abîmer au fond des placards, ce qui risquait de faire venir des insectes en tout genre. Alors que les pensionnaires avaient l'habitude d'accéder librement à leurs rares effets personnels, ils devaient désormais attendre leur aide-soignante pour qu'elle vienne leur ouvrir. Contrairement aux portes des chambres, il n'existe pas de passe pour les armoires ou placards et seule l'aide-soignante de l'étage peut ouvrir ceux-ci. En cas d'absence, le pensionnaire peut donc se trouver bloqué, comme nous le constaterons.

Au-delà des violations de territoire que constituent les inspections, il s'agit dans ce dernier cas d'une confiscation pure et simple de biens de personnes qui deviennent dépendantes d'un tiers pour en disposer. Cette mesure permet de rationaliser le rangement et de s'assurer d'un bon état de propreté de la chambre. Pour les aides-soignantes, même si une ou deux reconnaissent que c'est une mesure difficile à supporter “ *déjà qu'ils ont peu de vie privée !* ” nous dira Anaïs d'un détour de phrase, cela facilite leur travail, leur fait gagner du temps.

*« A l'époque, avant les travaux, les gens qui avaient envie que leur placard soit fermé, avaient leur clé pour pas... qu'on les vole, enfin c'est ce qu'ils disaient. C'est vrai que d'avoir des clés de la porte et la clé de leur armoire, ils ont l'impression d'être plus chez eux que lorsque leur porte est ouverte, que l'armoire est ouverte. C'est vrai que moi j'ai ce sentiment et je le ressens ça comme eux. Mais bon, Monsieur Martoni (directeur) veut que les armoires soient fermées à clef d'abord pour empêcher que ceux qui sont perturbés mettent leur armoire en vrac et puis aussi, pour éviter que par exemple Gaston Baud ou Léon Férari,*

*continuent de mettre du pain dans l'armoire ce qui attire des blattes, parce qu'ils ont trouvé en plus les blattes. Alors là ça, tu vois ! »*

Aline, faisant fonction d'aide-soignante.

La propreté est un argument d'autorité qui aboutit à exercer un contrôle totalitaire sur l'individu qui n'a plus d'espace d'autonomie.

### **Les pratiques offensives d'enfermement, la mise sous contention des pensionnaires.**

Si la mise en visibilité permet de faire tomber les murs et les séparations, le système de surveillance s'accommode toujours bien de celui-ci, dans ces espaces où perdurent<sup>210</sup> des traces du grand renfermement. Et c'est aux étages fermés, réservés aux personnes démentes que cela nous est apparu de manière la plus évidente. Comme le souligne Anne Vega<sup>211</sup>, « *un peu à la manière des hôpitaux du 19<sup>e</sup> siècles décrits par Michel Foucault, la tentation est toujours tenace de restructurer l'espace de travail, de reconstruire des frontières étanches afin de séparer les “ bons ” des “ mauvais ” malades. (...) Il faut séparer les différentes catégories pour mieux les surveiller...»*

Les personnes âgées qui mettent partiellement en échec les mécanismes d'enfermement et de sujétion, sont mises à part et/ou vont subir un traitement individualisé. La procédure est ici plus poussée. Elle ne revient pas seulement à réduire et fermer l'espace de vie des pensionnaires, il touche aussi à la mobilité de leurs corps. Aux Aves, les personnes incontrôlables, que les médecins ne seront pas arrivés à « équilibrer » par la voie médicamenteuse, ont toutes les chances de vivre un enfermement géographique. Les personnes « *pénibles* » ou « *dangereuses* » manifestant des troubles du comportement sont ainsi mises à distance.

Aux Abeilles, comme aux Aves, deux types de pensionnaires cohabitent. Il y a ceux qui vivent dans un espace fermé et ceux qui circulent « librement ». Aux Aves, « l'étage Alzheimer » est un étage « rebut ». La tension est vive et la maîtrise des pensionnaires que les conditions de réclusions exaspèrent est plus difficile à obtenir qu'ailleurs. Nous y verrons des

---

<sup>210</sup> Cet étage des « Alzheimer » semble fonctionner selon le vieux schéma de l'enfermement et de la clôture. Cf. Castel, 1978, p 223. Le caractère spécial des établissements aliénistes.

<sup>211</sup> Cf. Vega, 2000, p 128.

personnes attachées, à leur siège ou leur lit, des pratiques beaucoup plus rares aux autres étages. Comme le fait remarquer Michel Foucault<sup>212</sup> en parlant des prisons, « *là où le pouvoir de punir - dans le cas présent il s'agit surtout du pouvoir de contenir - est le plus fort, les seuils de tolérances ont tendance à s'abaisser.* »

Aux Aves, à l'étage « Alzheimer », les pratiques d'enfermement peuvent donc aller de pair avec une mise sous contention pour empêcher les personnes de bouger et/ou de nuire aux autres. Les aides-soignantes essaient de gérer ces situations par elles-mêmes. Elles n'appellent les infirmiers qu'en dernier ressort, parce qu'elles savent qu'ils rechignent à venir pour ce type d'interventions, qui ne fait pas partie des situations repérées, comme urgentes à l'instar de certaines chutes ou malaises de pensionnaires... C'est aux aides-soignantes qu'est confiée la gestion de l'étage. A elles de veiller à ce que tout se passe bien, sans incident. Nous verrons certaines se sentir souvent démunies quand des situations de violence ou d'agressivité se manifestent. Elles savent qu'elles n'ont pas le droit d'attacher une personne âgée sans prescription médicale ni de l'enfermer dans un local, comme leur chambre. Mais devant l'urgence, pour préserver la sécurité et assurer le calme, elles s'y résolvent, sans avoir l'accord de leur hiérarchie qui, à cet étage, ferme les yeux. La contention physique va ici redoubler la contention géographique. Nous serons témoin de plusieurs de ces situations.

Madame Pucheu est attachée parce que « *sinon elle s'enlève la couche et met ses excréments partout* » nous explique l'aide-soignante Florence. Monsieur Chapiro a uriné dans les couloirs alors on l'a attaché à sa chaise. Monsieur Thomas s'est déshabillé et s'est promené tout nu dans les couloirs. Il a été rhabillé puis mis au lit, attaché aux barreaux de celui-ci. Yolande « *ne tient pas en place* », elle fait les cent pas à longueur de journée. A cet étage, les personnes âgées vivent dans une grande promiscuité et Yolande déambule dans le couloir se balançant de droite à gauche ce qui exaspère son aide-soignante qui a peur de voir son agitation gagner les autres pensionnaires. Sans hausser le ton, mais avec fermeté, elle la menace régulièrement pour qu'elle se calme : « *allez dans votre chambre et asseyez-vous sinon on va vous attacher* » et elle passe à l'acte quand elle n'arrive pas à lui faire entendre raison.

Les conditions de vie sont particulièrement difficiles à vivre pour les pensionnaires et par ricochet pour l'aide-soignante qui reste enfermée toute la journée avec eux. C'est l'étage réputé le plus dur, le taux de turn-over du personnel aide-soignant y est très fort.

---

<sup>212</sup> Cf. Foucault, 1985, p 308

Ces conduites de transgression des pensionnaires qui conduisent à des mises sous contentions physiques, sont à décoder au-delà des pathologies repérées. Ces comportements peuvent être identifiés à des attitudes de protestation des personnes âgées par rapport au sort qui leur est réservé. Au lieu de s'exprimer de manière explicite, les personnes âgées agissent de manière régressive et infantile, se conformant en cela à la position d'objet dépendant dans lequel l'institution les tient. Elles refusent de rentrer dans le jeu social, savent qu'elles sont, de toute façon, mises hors-jeu, et se réfugient dans la satisfaction de leurs plaisirs les plus immédiats, en laissant parfois libre cours à leurs pulsions, risquant, dans de rares cas, des passages à l'acte, tournés vers eux-mêmes ou les autres.

Les pensionnaires réagissent en miroir à l'enfermement et à la relégation qu'ils subissent, c'est un des rares moyens qu'ils ont pour ne pas se conformer à la position d'objet dépendant dans lequel l'institution les tient. Mais ils ont alors toutes les chances d'être rangés dans la catégorie des « déments » et être affectés à des traitements particuliers. Ces processus sont renforcés en institution mais ils se manifestent aussi à domicile, comme nous le rappelle Simone de Beauvoir dans son essai sur la vieillesse<sup>213</sup>. Le déni des vieux, est répétons-le global dans notre société.

*« Un trait qui frappe chez les pensionnaires d'asile – les hommes surtout – c'est leur saleté. Mais quoi ? On les a mis au rebut : pourquoi observeraient-ils les règles de décence et d'hygiène ? A l'égard de leurs proches, la rancune leur dicte des comportements qui peuvent paraître névrotiques et qui sont en fait des conduites d'agression ou d'autodéfense. Tel vieillard se couche pour ne plus se relever en prétextant des rhumatismes : c'est par la suite d'une querelle avec ses enfants. Tel autre que son fils a écarté des affaires se promène nu dans son jardin : il symbolise par ce dépouillement – tel Lear arrachant ses vêtements – celui qui lui a été infligé. Les incontinenances urinaires ou fécales sont souvent des vengeances. Refuser de manger, de sortir, de se laver, commettre des incongruités, ce sont en général des manières de revendiquer. De même cette anomalie que l'on retrouve souvent chez le vieillard que l'on appelle le vagabondage. Faute d'avoir chez lui un rôle satisfaisant, l'aïeul passe des journées à errer, sans prévenir sa famille : il ne sait pas ce qu'il cherche mais il se donne*

---

<sup>213</sup> Cf. Beauvoir, 1970, p 506-507.

*l'impression de chercher. Il démontre ainsi aux siens qu'il peut se passer d'eux et il se plaît à penser qu'il suscite chez eux des inquiétudes ».*

Transféré ici à l'espace du domicile, on retrouve ces mêmes types de comportements en maison de retraite. Dans les deux cas, le sentiment d'inutilité et de désespérance semblent être un facteur explicatif important de ces comportements, à côté des raisons plus personnelles et de l'état de santé de chacun.

Avant que la maison de retraite des Aves ne se médicalise dans les années 90, les personnes démentes n'étaient pas dans un service fermé, elles accédaient aux mêmes lieux que les autres pensionnaires. Le personnel était tenu de bien les surveiller mais l'espace n'était pas clos. Marie-Laure Orrizo, l'une des plus anciennes aides-soignantes faisant fonction, nous décrit les conditions qui leur étaient alors réservés.

*« - J'aimais bien la cure médicale, j'y ai été deux ans, mais c'est vrai que moralement c'était dur. Pas tant physiquement parce que tous les services se ressemblent, mais moralement, oui. C'était des Alzheimers, donc on n'avait pas de conversation avec eux, juste pour crier, quand ils se battaient et se frappaient. A l'époque il y en avait qui fuyaient, donc il fallait les surveiller en permanence. On en avait toujours deux ou trois avec nous qu'il fallait trimbaler partout. C'est vrai que c'était un peu plus pénible que maintenant, il y avait plus de fugueurs. Avant, même en pause, on les prenait avec nous, on allait aux toilettes, on les gardait avec nous, de peur qu'ils se sauvent, même la nuit. Il y avait le jardin, ils y déambulaient, ils montaient les escaliers, ils descendaient dans les services, ce n'est pas comme maintenant, où ils sont dans une même pièce<sup>214</sup> assis toute la journée. Ils étaient plus libres, ils se promenaient. Il y avait le jardin, il y avait la pelouse, le soleil. On les appelait pour le goûter, ils déambulaient plus. On les faisait danser, on les faisait dessiner, il y en a qui faisaient de la pâte à sel, des activités de ce genre là, ils étaient beaucoup plus actifs que maintenant, quand même.*

*- Et tu penses qu'au niveau de leur maladie ou de leur moral, il y avait une différence ?*

*- Un petit peu, quand même, un petit peu. Parce qu'il y en avait certaines qui parlaient avec nous. Pas toutes, mais certaines elles racontaient leur passé, elles posaient des questions, elles racontaient ce qu'elles avaient fait dans leur jeunesse. Il y a quelques pensionnaires de*

---

<sup>214</sup> Ces personnes sont aujourd'hui dans un service fermé en étage, sans accès au jardin de la maison de retraite.

*la cure qui sont au quatrième étage aujourd'hui. Maintenant elles ne parlent plus, elles ne réagissent plus, alors qu'avant elles étaient beaucoup plus actives. Zélie, par exemple, toute la journée, elle était dehors, en train de ramasser des feuillages, elle promenait, Madame Chastan aussi. Maintenant elles ne parlent plus, plus rien. »*

Les procédures de surveillance ont toujours été de mise, notamment pour les pensionnaires que l'on considère comme déments. Mais de la section de la « cure médicale » au service « Alzheimer », les mécanismes de l'enfermement aux Aves ont évolué, dans le même sens que celui que décrit Michel Foucault au sujet de la société toute entière. Nous allons vers un mode de discipline qui devient plus précis « *les disciplines caractérisent, classifient, spécialisent ... et à la limite disqualifient et invalident* »<sup>215</sup> et qui s'accroît sur la base d'un « *schéma de pouvoir-savoir* »<sup>216</sup>. Avec la cure médicale, les aides soignantes exercent un contrôle de tous les instants sur les pensionnaires, notamment ceux qui sont identifiés comme de potentiels fugueurs. Et il est frappant de voir que ce travail de surveillance, entache aussi leur propre liberté de mouvement, comme si elles étaient enchaînées aux pensionnaires. Après la restructuration de la maison de retraite, les formes d'affectation par étage et modes d'assujettissement s'affinent. Sur la base d'un nouveau découpage spatio-temporel et d'un pouvoir médical plus fort, le fonctionnement disciplinaire pénètre les corps, « *les disciplines donnent, à la base, garantie de soumission des forces et des corps* »<sup>217</sup>. Les pensionnaires vont mieux intérioriser l'enfermement et le nombre de fugueurs va se réduire. Les aides-soignantes vont moins avoir besoin d'être dans une surveillance rapprochée, ce qui va leur libérer du temps, permettre à la direction de réorganiser leur travail en introduisant de nouvelles exigences, augmentant l'intensité du travail. Les aides-soignantes vont être dans une surveillance plus diffuse et par moment plus contrôlante, comme nous l'indique la pratique des inspections surprise des placards et des chambres à l'insu des personnes âgées. Les pensionnaires qui ne se plient pas à cette forme d'assujettissement moderne, vont subir un enfermement plus prononcé qu'auparavant. L'étage « Alzheimer » est un système d'enfermement redoutable qui détruit et aliène la part d'humanité en l'homme, qui nie plus fortement le sujet en l'individu, tout en paraissant moins répressif qu'auparavant. Zélie ou Madame Chastan, comme la majorité des pensionnaires, sont ici quasiment muets et ne font plus rien.

---

<sup>215</sup> Cf. Foucault, 1983, p 224.

<sup>216</sup> Op. cit. p 228.

<sup>217</sup> Op. cit. p 223.

## **Le prolongement du système de surveillance s'étend au personnel d'exécution.**

Nous venons de voir que les soignantes de proximité sont parties prenantes de ce système de contrôle qui conduit à l'enfermement des pensionnaires. Elles sont, en quelque sorte, la cheville ouvrière de ces mécanismes d'assujettissements, à côté du pouvoir médical. Mais ce système de contrôle se prolonge et se retourne contre elles, selon des principes de surveillance parfois proches de ceux infligés aux pensionnaires.

### **Les inspections surprises**

Aux Aves, le directeur accompagné parfois de l'assistante sociale fait des inspections surprises plusieurs fois par an. Aline, faisant fonction d'aide-soignante, a vu récemment celui-ci rôder dans des chambres, elle sait que c'est mauvais signe. Comme pour prévenir les accusations qui ne tarderont pas d'arriver, elle dit : “ *s'il veut nous coincer il trouvera toujours à le faire*”. Le lendemain matin, le personnel aide-soignant et de service est averti que le directeur organise une réunion exceptionnelle, séance tenante. Celle-ci sera brève et cinglante. L'infirmier en chef nous parlera d'une « *remontée de bretelle* »<sup>218</sup>. Il sera notamment reproché un manque de propreté dans les couloirs et des ampoules grillées dans les salles de bain de pensionnaires, rien de vraiment très alarmant de notre point de vue. Ces griefs seront l'occasion d'invectiver le personnel d'exécution, de dénoncer un laisser aller général, un manque de coordination entre les salariés.

La répercussion d'une telle réunion sera immédiate. Dans les journées qui vont suivre, les aides-soignantes, une fois les toilettes réalisées, vont s'appliquer à toujours mieux ranger et vérifier, avec les agents de service, que tout est propre et en ordre au détriment des relations inter-individuelles avec les pensionnaires. Quant aux séances d'animation organisées par les aides-soignantes, elles vont être provisoirement ajournées<sup>219</sup>. Le personnel de proximité va s'organiser pour donner l'impression de ne jamais s'arrêter de travailler, de ne pas souffler.

---

<sup>218</sup> Nous ne pourrions assister à cette réunion. Ce sera la seule fois où l'infirmier en chef exprimera un refus à notre égard.

<sup>219</sup> Progressivement, seule l'animatrice extérieure prendra en charge les après-midi d'animation. Elle verra dans cette période son contrat horaire hebdomadaire augmenter.

Les pauses illicites que font les aides-soignantes, une fois terminées les toilettes du matin, vont être provisoirement stoppées. Les aides-soignantes ont peur, peur d'être prises en faute quoi qu'elles fassent.

Nous apprendrons par l'infirmier en chef, que le directeur a fait cette inspection lorsqu'il a appris qu'un contrôle d'hygiène allait être effectué prochainement dans son établissement. Il a, lui aussi, reçu des critiques du directeur sur son mode de gestion du personnel mais en aparté dans son bureau. Le personnel d'exécution n'est qu'un maillon d'un dispositif contrôlant plus vaste, mais il le subit plus fortement que d'autres salariés de part sa position de personnel d'exécution. C'est à la suite de cette inspection surprise, qu'il va être demandé aux aides-soignantes de confisquer les clefs des placards des pensionnaires pour s'assurer de leur bonne tenue. Chacun fait porter sur celui qui est en position d'être son subordonné, la menace qu'il vit.

Les visites surprises, comme les réunions surprises d'accusations publiques, sont là pour réaffirmer le lien de subordination qui lie le personnel d'exécution à la direction. Elles perpétuent, de manière sournoise, un système de surveillance basé, comme pour les pensionnaires, sur l'illusion du regard permanent. Elles favorisent un climat de peur et de culpabilité. Contrairement à la hiérarchie intermédiaire, les infirmiers et plus précisément le surveillant(e) qui contrôle le travail des personnels de proximité au quotidien ont une vision concrète et dans la durée de l'implication des salariées, ces visites surprises menées par la direction sont aveugles et aléatoires. Elles portent exclusivement sur les résultats du travail et sont centrées sur des objectifs précis, comme celui de la qualité visuelle, qui prend une grande place. Ces inspections perturbent la dynamique relationnelle, déjà faible, des aides-soignantes avec les personnes âgées. Elles fragilisent également le collectif de travail, même si, dans un premier temps la colère contre la hiérarchie va les unir<sup>220</sup>.

Une insécurité latente s'instaure chez les personnels de proximité, qui est activée à chaque nouvelle mise en accusation. On entre progressivement dans des relations de travail perverses où l'angoisse perle. Et les repas collectifs, qu'organise parfois la direction pour ressouder le collectif, n'arrivent pas à renverser ce processus, qui n'en devient que plus pervers. Les périodes de suspicion et de colère alternent avec des périodes de confiance et de bonne

---

<sup>220</sup> Nous verrons au chapitre suivant qu'une accusation publique de vol sur des pensionnaires, un mois plus tard, fera voler en éclat le collectif de travail des aides-soignantes.

humeur, les unes étant aussi imprévisibles que les autres, ce qui oblige à une méfiance permanente de la part des salariés de proximité.

*« J'ai du mal à te l'expliquer, ici on est mal à l'aise tout le temps parce que qu'on se demande toujours ce qu'ils vont penser de ce que l'on fait. On n'est jamais à l'abri. Ce qu'on fait, c'est toujours tourné autrement que la manière dont tu le fais. »*

Béatrice, aide-soignante au Mas des Aves.

Si, dans le quotidien de l'institution, tout le monde n'est pas en train de s'épier et de contrôler l'autre en permanence, la potentialité d'être vu de tous et par tous existe. Une règle qui n'est, en aucune façon, une consigne explicite de la direction, mais que chacun, de la place qu'il occupe, subit plus ou moins fortement. Cette forme de regard permanent, nous le subissons également au fur et à mesure que nous le verrons à l'œuvre chez les aides-soignantes. Une peur diffuse de mettre en faute les soignantes par notre simple présence et demande de temps. Nous constaterons alors, combien ces mécanismes de pouvoir sont puissants et peuvent venir activer des sentiments de peur et de culpabilité présents en chacun de nous.

Le regard inquisiteur de la hiérarchie va se transformer progressivement en discours accusateur et paroles dénonciatrices pour les personnels de proximité. Il va quitter la sphère professionnelle pour toucher à l'intégrité des personnes.

### **L'accusation de vol et l'éclatement du collectif de travail**

Les aides-soignantes vont faire l'expérience du mépris. En accusant de manière aveugle leur honnêteté, la direction va déclencher une vive opposition aux conséquences largement inattendues pour elle. L'infirmier en chef, soutenu par sa hiérarchie et le milieu médical, va laisser entendre que certaines aides-soignantes profiteraient de leur situation pour voler des affaires à des personnes âgées, sans précision supplémentaire, laissant planer un doute sur l'intégrité morale de chacune. Le malaise qui va se dégager de cette mise en accusation ne va pas provoquer une réaction concertée et organisée de la part des aides-soignantes. Chacune va vivre cette accusation comme une injustice personnelle et une certaine réaction en chaîne s'en suivra. Cet événement va porter un coup fatal au collectif de travail et en moins de trois mois,

quatre aides-soignantes sur dix vont partir<sup>221</sup>. La direction va assister impuissante à ces départs volontaires. En fait, la dynamique relationnelle qui concourait à créer une bonne ambiance et se traduisait par une forme d'entraide collective, va se rompre définitivement. Elle nous sera plusieurs fois évoquée par l'aide-soignante Anaïs<sup>222</sup> qui refusera le prolongement de son contrat à durée et quittera la maison de retraite à la suite de cette affaire.

*« C'est vrai qu'avec Monique, Florence, Laïla et moi, on était une équipe assez soudée. Dès qu'il y en avait une qui allait mal, quand Florence est tombée enceinte par exemple, on était toutes au quatrième (à son étage) et il était hors de question qu'elle porte quoi que se soit, on allait l'aider... On s'arrangeait entre nous, c'était déjà beau ! ».*

Une fois cet équilibre cassé, les stratégies d'entraide ne vont plus pouvoir jouer et les aides-soignantes ne se sentiront plus liées les unes aux autres pour "faire tourner la maison". Le départ de la première va précipiter celui des autres. Peu de temps après cet incident, Anaïs va prendre un congé maladie pour se faire opérer en urgence d'une appendicite. Monique, la collègue avec qui elle a le plus de complicité, va démissionner et Florence va partir quelques jours après, en congé maladie pour les six derniers mois de sa grossesse qu'elle prolongera ensuite par un congé parental à temps plein. A son retour à la maison de retraite des Aves, pour Anaïs, rien ne sera plus comme avant.

*« Dès que Monique est partie, on a eu une espèce de fille qui n'était pas du tout comme Laïla et moi. Florence était partie en congé maternité, il ne restait plus que Laïla et moi du noyau, on avait beau essayer de faire comme avant (elle ne continue pas sa phrase)... On se connaissait bien, tous les matins on se retrouvait pour boire le café, quand on avait le droit de fumer notre cigarette, on la fumait ensemble, on parlait. On avait un peu nos vies qui étaient pareilles. On s'aimait bien. Et ça, c'était fini. »*

Les accusations de vols sont fréquentes dans la vie des établissements de soin, notamment en milieu gérontologique. Les pensionnaires se plaignent qu'on les vole, ce qui peut-être vrai dans un certain nombre de cas, mais qui est aussi symptomatique de leur dénuement, de leur

---

<sup>221</sup> Trois des cinq salariées de la première équipe ont quitté l'établissement. La quatrième salariée de cette équipe est partie à ce moment là en congé maternité qu'elle prolongera par un congé parental à temps plein. Il y aura dans la deuxième équipe, le départ d'une aide-soignantes diplômées, les faisant fonction et l'autre aide-soignante diplômée, Carine sont restées.

<sup>222</sup> Cf. Troisième Partie, le récit de vie d'Anaïs.

absence de maîtrise sur le réel, d'un état de santé troublé. Aux Aves, ce sont les aides-soignantes qui sont accusées de vol de sous-vêtements de pensionnaires. Des plaintes de familles auraient été adressées à l'assistante sociale, elle aurait répercuté l'information à l'infirmier en chef. Il profite de la réunion de service hebdomadaire en présence de la hiérarchie médicale pour soulever le problème et accuser, de manière à peine voilée, l'ensemble du personnel aide-soignant.

*« - En réunion d'équipe, on nous a dit qu'il y avait du linge qui disparaissait (...) ils ont dit : « ce qui est marrant c'est qu'il y a que le linge neuf qui disparaissait et il y a très peu de gens qui touchent le linge neuf ». En fait, il y a nous les aides-soignantes et la lingère bien sûr. Mais là c'était dit de façon à ce qu'on le prenne pour nous. (...) Nous on a dit, franchement, on n'y peut rien. Soit on prend le linge pour le mettre au sale, soit on prend le linge pour le ranger. C'est vrai que des fois, il se peut, quand il y a des stagiaires, qu'elles le mettent au mauvais étage, mais nous on est là le week-end, on les range dans les placards donc on le voit tout de suite. (...) Et après c'est parti sur, « oui, mais il y a que le linge neuf qui disparaît, on ne le retrouve plus ». (...) Laïla a dit, « attendez, vous nous traitez de voleuses, là ! » ; « Ah, mais non, pas du tout », nous a-t-on répondu. Le Docteur Martino a dit au kiné, « si, si, moi je me mets à la place des aides-soignantes, vous les avez traitées de voleuses ». Non, a rétorqué le kiné. « Il faut appeler un chat un chat, il ne disparaît pas, il se vole » a dit Martino. Et là nous on a dit, « on a autre chose à faire que d'aller voler du linge ». Tout de même je me vois mal m'embarquer mon sac de linge, surtout de vieux, je ne sais pas ce qu'on pourrait en faire. Le vendre aux puces ! Mais il faut être complètement barjo, quand même.*

*- Ce même problème s'était posé à propos des bippers téléphoniques.*

*- On ne les a toujours pas retrouvés, et Maurice (l'infirmier en chef) ne veut pas en acheter tant qu'on ne les aura pas retrouvés. Moi quand je suis arrivée, ils n'y étaient déjà plus. Donc on n'aura jamais de bip, excepté celui qu'a Monique. (...) Il faudrait arrêter un peu quand même. Et à force de trop nous suspecter, à la fin on ne va plus rien faire. On va se dire, bon, si je prends un verre, on va dire que je l'ai volé. »*

Anaïs, aide-soignante.

Le fait d'accuser le personnel de vols de sous-vêtements de pensionnaire n'est pas neutre. Si l'on se situe à un niveau marchand, ce type de vols n'a guère de sens, comme le fait d'ailleurs remarquer Anaïs. S'ils avaient porté sur de l'argent ou des bijoux, il en aurait été tout autrement. Sur un plan symbolique, ces vols de sous-vêtements semblent avoir une résonance

particulière. Ils touchent à la dimension de l'intime de la personne âgée. Et ils renvoient à la proximité corporelle des aides-soignantes avec les pensionnaires. On accuse les aides-soignantes de profiter de la situation de faiblesse et de vulnérabilité des personnes-âgées pour prendre ce qu'elles sont sur leur peau, comme si elles voulaient leur faire la peau. Mais qui fait la peau à qui dans cette histoire ? Les aides-soignantes interpréteront cette mise en accusation comme une expression de mépris, un manque total de confiance à leur égard. La réponse après cet incident sera le départ pour ne plus subir l'humiliation.

Avant l'épisode de l'accusation de vol, nous avons pu constater que pour tenir dans cette atmosphère de surveillance et de contrôle, les aides-soignantes étaient arrivées à constituer un collectif. Cela leur permettait de mieux faire face à la charge de travail et de s'aménager des moments de relâchement et de plaisir dans le travail. Elles s'entraident, se donnent du courage, mais les bases de cet être ensemble vont s'avérer fragiles. Au quotidien, les aides-soignantes ont des espaces de respiration pour tenir dans la durée. Ces espaces/temps de récupération sont régulièrement sous-évalués voir inexistantes par les structures.

Les aides-soignantes vont être amenées à tricher individuellement puis collectivement, cherchant des failles dans les interstices de la surveillance. Ces formes de « tricheries » vont être ressenties intuitivement par la direction qui régulièrement va accuser le personnel de ne pas en faire assez, de se reposer les après-midi quand le travail des toilettes est fait. La direction va alors avoir tendance à renforcer les exigences de travail tout en accusant ces groupes professionnels de paresse et de tricheries, voire de vols « imaginaires » comme ici, quand elle n'arrive pas à identifier expressément les modalités des ruses. Comme le font remarquer Pierre Canouï et Aline Mauranges dans l'ouvrage « *le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* »<sup>223</sup> au sujet des mécanismes collectifs de défense, « *Non décodés, l'attitude de l'équipe est soumise généralement au regard accusateur des autres qui critiquent leur laisser aller : « ils traînent », « ils boivent du café au lieu de travailler », « ils gênent le service, ne respectent pas les malades ».* Un mur d'incompréhension et de violence symbolique va ainsi se construire. La direction va d'un côté accuser le personnel de fainéantise et de non-coopération à la vie de l'établissement et de l'autre, les salariées vont accuser la hiérarchie de les surcharger tout en les méprisant. »

---

<sup>223</sup> Cf. Canouï & Mauranges A., 2001, p 95.

La hiérarchie intermédiaire, dans une position délicate, s'identifie au discours de la direction, tout en fermant les yeux sur certaines pratiques de tricheries pour rendre le quotidien supportable. Une forme d'arrangement va s'établir, largement implicite, au contenu flou et toujours fluctuant, maintenant les salariées dans une position enfantine et culpabilisante, lorsqu'elles se cachent pour souffler. Comme nous le ferons remarquer des anciennes salariées, cette marge de permissivité va être fluctuante selon les époques, en fonction de l'état des relations entre la direction, la hiérarchie intermédiaire et les aides-soignantes. Quand la hiérarchie intermédiaire se sent fragilisée, pour asseoir son pouvoir, elle rajoute sa touche personnelle au système contrôlant et humiliant, comme nous le verrons aux Aves, autour des pauses cigarettes. Ce système de subordination conduit le personnel de proximité à prendre sa revanche le week-end, en l'absence de la hiérarchie au détriment parfois, comme nous l'avons vu, des pensionnaires.

Compte-tenu du fonctionnement coercitif et instrumental, les moyens d'envisager ces espaces de récupération se font souvent au détriment de plus dominé que soi. La situation est complexe. Plus détendu le dimanche, le personnel est aussi plus disponible pour les pensionnaires et les toilettes du matin se passent objectivement mieux, il y a moins de refus. Mais le besoin de se retrouver entre collègues et d'occulter l'univers ambiant peut aboutir à des situations de déni des personnes âgées comme nous avons pu le voir dans la pratique dite de « promenade » des pensionnaires de l'étage Alzheimer, rivés à une table plusieurs heures durant sans pouvoir rien faire. Les aides-soignants se relâchent et se réfugient dans un entre-soi protecteur au mépris des personnes âgées. Nous sommes renvoyés ici à des processus de violence dans lesquels la triade domination / sujétion / victimisation joue à plein, en respectant la hiérarchie des rapports sociaux. Les pensionnaires sont les ultimes victimes de ce système.

Se met donc en place un système de contrôle permanent<sup>224</sup> avec des jeux relationnels faussés et pervers entre les pensionnaires et les aides-soignantes et entre les aides-soignantes et leur hiérarchie. Les pensionnaires, comme les aides-soignantes, subissent de plein fouet ce pouvoir panoptique de mise en regard permanente de soi. Les mécanismes de surveillance et de contrôle gagnent tous les acteurs présents. Ils se renforcent au fur et à mesure que les uns se sentent liés par le regard des autres. Sur le long terme, les aides-soignantes se retrouvent donc

---

<sup>224</sup> Aux Aves comme aux Abeilles.

autant victimes qu'institutrices du pouvoir disciplinaire qu'elles mettent en œuvre auprès des pensionnaires.

### **Les différentes formes d'assujettissement au travail**

A la charge croissante de travail, s'ajoute la demande de l'institution pour que les aides-soignantes restent fidèles à leurs postes et s'organisent de telle manière qu'il y ait toujours une continuité de service. Compte-tenu des démissions et absences fréquentes aux Aves, le secrétariat de direction ou le responsable intermédiaire demande régulièrement aux plus fidèles, généralement les plus anciennes, de venir dépanner dans l'urgence. Refuser de manière systématique lorsqu'on n'a pas de charge de famille et que l'on habite à proximité, est enregistré comme un manque de coopération et de responsabilité commune. A côté de cette demande de souplesse d'organisation, hors des temps impartis, c'est l'intensité du travail et la mise en visibilité à tout instant qui est difficile à supporter.

L'exigence de présence continue se décline dans le quotidien à tout moment de la journée de travail. Lorsqu'elles déjeunent, où lorsqu'elles sont en pause les après-midi, les aides-soignantes n'ont pas d'espace convivial pour se reposer et se détendre. Qu'elles soient à la cafétéria pour déjeuner ou sur la terrasse entraîné de fumer une cigarette, elles ne sont jamais à l'abri du regard de la direction, ni d'ailleurs des nombreuses sollicitations des pensionnaires. Elles sont sous l'emprise visuelle constante de la hiérarchie et continuellement à la merci des demandes des pensionnaires. Cela donne l'impression, nous le ressentirons aussi, de ne jamais s'arrêter.

Lorsque se déroulaient les entretiens individuels dans le cadre de notre recherche, le réflexe premier des aides-soignantes était de laisser entre-ouverte la porte de la salle où se déroulait notre discussion. Malgré l'autorisation de la direction, les salariées avaient peur. Nous nous rendrons compte alors qu'elles avaient intériorisé le principe de visibilité permanente. Laisser ouverte la porte, c'était entendre éventuellement un appel au micro et ce, même si la collègue avait été avertie de l'entretien et qu'elle avait comme consigne de la prévenir, au moindre problème. La posture assise de l'entretien, était parfois problématique parce qu'assimilée dans ce type de métier à une posture de repos. Etre autorisée à répondre à un entretien pendant son temps de travail, donnait-il l'assurance, s'il se passait un événement grave, de ne pas être considérée comme fautive ? De ce que nous avons pu voir du fonctionnement institutionnel

nous ne pouvons pas totalement donner tort aux aides-soignantes, même si le risque d'une telle éventualité était faible. Lorsque nous l'avons pu, nous avons demandé à prolonger les entretiens au domicile des personnes.

Le personnel d'exécution est assigné à une place qu'il ne doit quitter sous aucun prétexte, il doit être visible. Cette exigence de visibilité va de pair avec une exigence de présence. Elle est demandée à tous salariés mais dans ce contexte, elle prend une force coercitive particulière. Aux Aves, une demi-journée d'absence revient très cher. Elle fait perdre en plus de l'absence proprement dite, la prime d'ancienneté et d'assiduité du mois, ce qui, pour des personnes recevant un petit salaire représente une part importante, largement dissuasive. Face à un travail physiquement engageant et usant, tout petit manquement est ainsi fortement sanctionné. Cela incite les anciennes aides-soignantes de ne pas s'arrêter pour de courtes périodes<sup>225</sup> et participe du taux de turn-over des plus jeunes diplômées. Marie-Laure Orrizo une aide-soignante faisant fonction, salariée de longue date aux Aves, nous parle de ses difficiles conditions de travail qui se renforcent dans son cas, par une absence de perspective d'évolution et de mobilité professionnelle.

*« Je touche 6 700 Francs net par mois. J'ai droit à 350 francs d'assiduité au lieu de 150 parce que j'ai 10 ans d'ancienneté. Pour l'ancienneté, je touche 1500 Francs. Si tu manques un jour, entre la perte de la journée et la réduction des primes, tu perds 600 francs. C'est sûr que ce n'est pas en un jour que tu les gagnes les 600 francs. Voilà, on est très mal payé. Mais comment veux-tu refuser, on n'a pas de niveau de diplôme pour aller ailleurs. On ne nous prend pas avec le chômage qu'il y a maintenant. Ils ne font plus de contrat en CDI c'est que des CDD. Où tu veux aller ? A part les petites jeunes qui débutent qui s'en foutent de bouger et n'ont rien à perdre côté salaire.*

*- Toi tu perdrais ton ancienneté ?*

*- Bien sûr. Je n'ai pas de niveau, je n'ai rien pour aller ailleurs (pas de diplôme), alors autant rester là. Je n'ai pas le choix, c'est sûr. »*

A côté de ces règles salariales pour les arrêts de travail, il y a toute une marge de tolérance et de liberté dont les aides-soignantes ne bénéficient pas, mais qu'elles voient accorder à d'autres catégories de salariés, mieux situés socialement et mieux rémunérés qu'elles.

---

<sup>225</sup> Nous observerons des attitudes très différentes selon la situation économique de chacune. Il y a celles qui n'ont pas les moyens ( financier et statutaire ) de s'arrêter et les autres.

Cet impératif de visibilité et de présence va avec des pratiques avantageuses plus ou moins dissimulées, pour les infirmiers notamment. L'infirmier en chef par exemple, fait des toilettes en libéral dans un immeuble voisin de la maison de retraite, sur son temps de travail. Il s'absente environ une heure en début de matinée, tous les matins et demande à une aide-soignante expérimentée de gérer la maison de retraite pendant ce temps en sus de son propre travail. Elle a pour cela un bipper téléphonique qui lui permet de centraliser les appels extérieurs peu nombreux il est vrai avant neuf heures, moment où la secrétaire de direction arrive et gère le standard. L'aide-soignante ne doit déranger l'infirmier en chef qu'en cas d'urgence, au risque de se faire vilipender.

Les deux autres infirmiers salariés des Aves cumulent un deuxième emploi. Le premier travaille dans une clinique dans un service de nuit, l'autre en libéral. Ils ont chacun un emploi du temps sur mesure qui facilite cette double activité. Cette souplesse d'organisation permet à la direction de les fidéliser dans une période de forte pénurie. Au niveau du salaire, des primes leur sont accordées auxquels les aides-soignants et a fortiori les agents de service ne peuvent prétendre. Il n'y a pas guère de marge de manœuvre pour les personnels de proximité, en dehors des petites tricheries quotidiennes qui consistent à « voler » un peu de temps pour souffler<sup>226</sup>. Ce temps de récupération est reconnu aux infirmiers qui gèrent leur temps de travail comme ils l'entendent.

A côté des inégalités sociales de traitement entre catégories de personnel, il y a les petites différences de traitement au quotidien qui génèrent parfois plus de frustration et de colère encore de la part des personnels de proximité. L'usage de la consommation de la cigarette aux Aves en est un exemple des plus éloquentes. Pratiquement toute la hiérarchie médicale et administrative fume de manière intensive dans les salles communes, les infirmeries et parfois

---

226 Dans ce contexte, la situation de Béatrice, aide-soignante diplômée, fait figure d'exception. A la fin de son contrat à durée déterminée, elle refuse son intégration aux Aves que la direction lui propose. Il y a trop de travail, un climat de suspicion et des conditions qui ne permettent pas de faire les soins aux personnes âgées comme elle le souhaite. Deux mois après son départ, nous la reverrons pourtant à la maison de retraite en contrat à durée indéterminée cette fois, toujours au même service des moins handicapés du Mas. Béatrice nous dira avoir réfléchi et mûri sa décision. Elle veut passer un concours de catégorie B à l'éducation nationale et en attendant, pour ne pas se retrouver au chômage ou devoir aller travailler loin de chez elle, elle a accepté de revenir travailler à la maison de retraite à certaines conditions. Elle a réussi à se faire reprendre toute son ancienneté professionnelle y compris celle du temps où elle était agent de service hospitalier en négociant en sus une petite prime mensuelle. La direction qui apprécie son travail, a accepté. Elle se trouvait à ce moment-là en situation de forte pénurie de personnel d'aide-soignante (à la suite de démission en série liée à l'accusation de vol) avec des nouvelles recrues qui s'en allaient au bout de quelques jours. Cette situation reste exceptionnelle chez les aides-soignantes.

les couloirs. Les agents de service ou les aides-soignants n'ont pas le droit de fumer, excepté pendant leurs temps de pause à table, à l'extérieur ou dans un petit local spécifique en sous-sol sans lumière naturelle que personne ne fréquente compte-tenu de son caractère inhospitalier. Cette situation génère un certain nombre de pratiques de camouflages chez les aides-soignantes et les agents de services, comme celles d'aller fumer en cachette dans les WC, ou si elles sont plusieurs, d'aller dans des endroits peu fréquentés par la direction.

Les pauses du matin ayant été supprimées aux aides-soignantes par suite « *d'abus* » – certaines les faisaient traîner en longueur, selon les propos de l'infirmier en chef – le personnel doit faire la demande expresse à celui-ci s'il veut faire une pause. Un certain nombre de conditions sont requises, avoir fini les toilettes des pensionnaires et être bien vu de lui, c'est à dire être considéré comme une « bonne travailleuse » et pas une « resquilleuse ». La demande ne s'exprime pas comme telle, elle se code sous la forme d'une requête de « pause cigarette ». Lorsque l'accord est donné, nous constaterons que l'infirmier en chef contrôle sa durée. Il s'assure de la reprise du travail de manière discrète mais néanmoins visible pour rappeler son pouvoir. L'autorisation doit être renouvelée à chaque fois, ce qui conduit la plupart des salariées à aller fumer en douce, au quatrième étage dit « Alzheimer », où la hiérarchie ne se rend qu'exceptionnellement. Cette autorisation n'est requise que pour les aides-soignantes. Cette manière de faire, rappelle aux personnels de proximité leur position de salariées subalternes.

Les hommes d'entretien qui s'occupent de l'entretien du bâti, réalisent des travaux de second-œuvre, ne sont pas soumis à ce même régime de contrôle et d'interdit alors qu'ils font eux-aussi partie du « petit personnel d'exécution » et que leur charge de travail est également lourde. Si une partie de leurs activités se déroule à l'extérieur, pour l'entretien des jardins par exemple, ils travaillent régulièrement à l'intérieur du bâtiment, dans les lieux de vie des pensionnaires, pour autant ils fument librement en travaillant. Il est important de noter les différences de traitements selon les grades et les sexes des salariés. Les aides-soignantes comme les agents de service sont un personnel triplement stigmatisé. Ce sont des femmes avec un travail situé au bas de l'échelle sociale et elles travaillent auprès d'un public que la société ne veut pas voir, la grande vieillesse.

Si l'on revient à l'usage de la cigarette aux Aves, il est frappant de constater que la seule entorse à cette réglementation partielle est le moment des réunions hebdomadaires. Elles

rassemblent l'ensemble du personnel médical, une partie de la hiérarchie administrative et les aides-soignants, pour une durée d'une heure environ. C'est un espace pendant lequel tous les fumeurs - soit la grosse majorité des participants - s'adonnent à leur pratique. La hiérarchie ne peut alors décemment interdire aux aides-soignantes de fumer.

Les aides-soignantes doivent être des travailleuses infatigables et sans relâche. Elles sont prises dans un rapport d'exploitation et de contrôle « moderne » qui aboutit à leur oppression. On leur demande de travailler toujours plus, on comptabilise leur temps de travail à la recherche du moindre « temps mort », tout en leur laissant le soin de s'organiser comme elles l'entendent pour faire leurs tâches et contenir la population des pensionnaires. Pour les tenir toujours dans une position de sujétion et de culpabilité, la direction affirme régulièrement son mécontentement sur le travail effectué en les soumettant à des contrôles aléatoires centrés, à ce moment là, sur les seuls résultats visibles de leur travail, occultant la dimension relationnelle. Et quand cela ne suffit pas, on les accuse de vol ou de paresse jouant sur leur probité personnelle et leur conscience professionnelle pour qu'elles aient peur et continuent à plier. S'instaure une logique disciplinaire qui les déstabilise, entretient un sentiment de culpabilité, provoque l'humiliation.

### **Les aides-soignantes, condamnées à la proximité**

Les mécanismes d'exclusion que provoque la grande vieillesse, pour que l'autre, le vieux, soit mis à distance se rejouent au sein des maisons de retraite. La hiérarchie cherche régulièrement à se protéger des pensionnaires, à s'isoler d'eux, comme la société cherche à le faire lorsqu'ils sont trop décrépits et qu'ils nous renvoient l'image de notre propre finitude. C'est alors aux aides-soignantes, « personnel subalterne » de proximité de les prendre en charge et de les maintenir à distance.

Il leur est demandé de gérer les pensionnaires, c'est à dire de les contrôler pour qu'ils restent à leur place, qu'ils ne soient pas trop visibles et dérangeants. La première défense de la direction administrative et médicale des Aves pour se protéger des pensionnaires, ce n'est donc pas tant les caméras ou autres systèmes de contrôle technique que les personnels d'exécution eux-mêmes. Les caméras peuvent être vues comme une sorte de deuxième cercle concentrique de protection, elles permettent de surveiller les pensionnaires comme les personnels de proximité.

Au sortir d'une réunion de service, nous voyons des aides-soignantes des Aves furieuses. Nous apprenons que l'ensemble de la hiérarchie leur a demandé de laisser les pensionnaires pénibles à l'étage les matins et de ne les descendre que vers l'heure du déjeuner. Leur présence dans le hall d'accueil où ils stationnent le plus souvent, gêne le médecin qui fait ses consultations au rez-de-chaussée et peut laisser une mauvaise impression aux visiteurs qui rentrent. Ces « pensionnaires pénibles », souvent des personnes très angoissées mais pas agressives, interpellent les personnes qu'ils croisent dans les couloirs pour parler à quelqu'un.

Cette demande initiée par le médecin et relayée par l'infirmier en chef, révolte les aides-soignantes qui ont chacune une douzaine de toilette à faire chaque matin et qui n'ont pas le temps de surveiller les pensionnaires, encore moins de discuter avec eux pour répondre à leurs questions ou leur demande de parole. A l'exception de ceux qui sont en fauteuil roulant, les pensionnaires qui peuvent circuler de manière autonome, sont fortement incités à quitter l'étage, une fois la toilette terminée. Garder une ou plusieurs personnes réputées pénibles toute la matinée à l'étage dans l'espace confiné des couloirs – les chambres étant en cours de nettoyage - c'est prendre le risque que des tensions entre pensionnaires se développent, « *ça provoque la panique au sein de l'étage* » nous dit Véronique, faisant fonction d'aide-soignante. Le personnel proteste car si cette mesure entre en vigueur, elle va ralentir les toilettes, risquer de compromettre leur « timing » serré, et provoquer un retard en chaîne des agents de service et des personnels de restauration. Si tous les pensionnaires ne sont pas prêts pour l'heure du déjeuner, cela va bousculer le travail des collègues et les aides-soignantes seront tenues responsables de ce retard. Le personnel de proximité est mis ainsi en situation difficile vis-à-vis des pensionnaires et des collègues.

Ces mécanismes d'évitement ont été des plus visibles au cours de notre investigation au niveau de la direction des deux maisons de retraites étudiées. A la maison de retraite publique des Abeilles, le directeur, de nature affable et porteur d'un discours humaniste, dirige son établissement de manière cloisonnée. D'un côté, la surveillante générale s'occupe de la dimension des soins et gère les relations de travail avec l'ensemble des personnels soignants et de service, lui s'occupe du personnel administratif et de la gestion financière de la maison de retraite et du foyer logement. Il n'a pratiquement aucun contact avec les pensionnaires, assez peu avec les familles.

Le directeur des Aves<sup>227</sup> prévient les contacts avec les pensionnaires, surtout ceux qui sont désorientés. Son bureau vient d'être transféré au sous-sol à côté du service financier, ce qui lui évite nombre de rencontres potentielles avec les personnes âgées et vient renforcer la coupure entre le service de soin et le service administratif. Ces attitudes font reposer sur le personnel de proximité, la gestion quotidienne des pensionnaires de l'établissement sous la responsabilité d'un surveillant(e) infirmier(ière).

La maison de retraite peut ainsi être vue comme un lieu de relégation des personnes âgées. Elle reprend en son sein le clivage opéré par la société tout entière entre le « *normal et le pathologique* » entre les fous et les non-fous, les vieux et les autres, les malades et les biens portants, les inclus et les exclus .... L'enjeu est de ne pas rentrer en contact, ou alors le moins longtemps possible avec les personnes âgées. Les cloisonnements que réintroduit en son sein la structure d'hébergement médicalisée, notamment par la spécialisation des affectations des personnes âgées par étage et bâtiment, participe de cette mise à distance. La tendance institutionnelle est de tenir à distance les personnes âgées source d'angoisse sur la vieillesse et la mort.

Des clivages se jouent donc entre les personnels soignants qui sont comme au front, notamment les aides-soignants et les personnels qui peuvent revendiquer une expertise et/ou une position hiérarchique, médicale ou administrative, pour rester en deuxième ligne. Ils n'interviennent qu'à des moments précis, sur des temps limités avec des objectifs spécifiques auprès de personnes âgées. Les infirmiers peuvent être considérés à la frontière, tantôt en première ligne, tantôt en position de recul. Cette coupure se rejoue aussi de manière plus horizontale entre les aides-soignantes et le personnel administratif, qui ne sont pas toujours mieux payés, mais souvent mieux considérés car plus proche de la direction, de ses préoccupations gestionnaires et stratégiques.

---

<sup>227</sup> Le directeur tient un discours humaniste et engagé. Il participe à des groupes de travail au niveau local et national, sur l'organisation des politiques de vieillesse des personnes âgées en établissement. Son militantisme ne rejaillit pas sur le fonctionnement de son établissement, qui semble lui pès.

## **Les dimensions subjectives du travail d'aide-soignante**

Des psychanalystes<sup>228</sup> ont bien montré que pour le personnel soignant apporter un soin c'est d'abord se défendre contre ses propres peurs, de vieillir, de devenir fou, de mourir, selon les services et lieux de travail. Les sentiments et les sensations que l'autre va procurer en moi, tantôt par sentiment de contagion, tantôt par sentiment d'imitation, vont pouvoir réactiver des sentiments de dégoûts voir d'abjection. D'un point de vue symbolique, la souillure va de pair avec un sentiment de perte de contrôle et de risque de pollution, de destruction. Cette proximité avec l'autre décrépî va pouvoir être ressentie comme un risque de contamination et entraîner un mécanisme de distanciation. Lorsqu'elle n'est physiquement pas possible, comme c'est le cas pour les aides-soignantes, des mécanismes défensifs, comme la routine, vont pouvoir être mis en place pour se protéger. Cet autrui, qu'est le patient, la personne âgée, ne peut jamais être totalement considéré comme un étranger pour le soignant, il est aussi un alter ego qui dérange, fait souffrir, menace son propre équilibre et peut susciter de la violence en retour. Pour être bien menée, cette expérience intersubjective implique une certaine compréhension et « maîtrise » de ses affects, une capacité d'empathie, une reconnaissance simultanée de la dépendance de l'autre et de l'interdépendance des liens humains. C'est un exercice délicat et complexe, rendu plus difficile encore par les conditions de travail réservées aux aides-soignantes et l'absence de valorisation sociale d'un tel travail d'accompagnement et de soin.

## **Les aides-soignante au service d'une injonction malade de transparence et de propreté.**

Il n'y a pas de place dans la société contemporaine pour ce qui symbolise, d'un point de vue anthropologique, le sale. Le sang, les excréments, les déjections diverses, comme la mort, sont rejetés, refoulés, mis en invisibilité. Combattre la souillure, reviendrait à nettoyer c'est à dire d'un point de vue symbolique à épurer, redonner vie à une « pureté originelle ». Mais tout ceci est un leurre, car comme nous le dit Jankélévitch, la pureté n'existe pas, c'est soit un mythe qui nous renvoie à un péché originel, soit une quête qui nous projette vers un avenir. La pureté ne se conjugue pas au présent. L'homme est un être altéré, affecté, composé par l'autre.

---

<sup>228</sup> Cf. Kaës R. & Alii, 2001.

Le couper de son ipséité, c'est vouloir le rendre transparent, un pur esprit, ce qui revient à la tentation de le désincarner. Mais on ne peut anéantir la souillure, car on ne peut totalement tuer l'existence empirique et concrète de l'être, comme on ne peut abolir l'altération du temps sur lui. Vouloir mener ce combat, revient à s'engager dans une lutte perpétuelle, toujours à renouveler, car jamais gagnée, un combat à la Sisyphe.

C'est un peu de ce combat que la direction, forte des nouvelles normes en usage dans les établissements d'hébergements collectifs, demande de mener à ses salariées de proximité, agents de service comme aides-soignants. Il s'agit de faire de la maison de retraite, un lieu de transparence où règne l'ordre et la propreté. Ne pouvant anéantir la souillure, il faut la combattre en la domestiquant, en la rationalisant pour mieux la maîtriser. L'enjeu est alors de donner à voir une image propre et lisse. Nous avons vu que les exigences en matière de propreté ne cessent de croître, augmentant la charge des personnels d'exécution, qu'ils travaillent du côté des soins à la personne ou du côté de l'entretien des locaux. Cela va les mettre dans des situations de contraintes et de charges de travail de plus en plus difficiles d'autant plus qu'elles se réalisent à effectifs constants. Marie-Laure, qui a occupé les postes de faisant fonction d'aide-soignante et d'agent de service nous dira au sujet de son directeur :

*« Mr Martoni, il ne veut pas voir le travail, il ne veut pas voir les vieux non plus, seul lui importe la tenue de son établissement. Il suffit qu'il passe à un moment où le pensionnaire a sali pour dire que rien n'est fait. »*

Rose, une agent de service nous dira, également, au sujet de ce même directeur : *« il se préoccupe plus du ménage que des résidents, on n'arrête pas de passer et de repasser la serpillière ».*

Au-delà de la personnalité du directeur et de sa préoccupation de valoriser l'image de son établissement, cette tendance semble symptomatique d'un phénomène plus général qui traverse toute notre société. La lutte contre la saleté des espaces, les odeurs et le désordre rencontre un désir de transparence et de mise à distance à la fois. Il s'agit de gommer, de dissoudre l'impureté au risque de supprimer – au moins symboliquement - l'autre, le vieux,

pour rester à « bonne distance », « éviter toute ingérence de l'autre qui est le principe de la souillure par excellence<sup>229</sup> » .

Il y a une sorte d'équivalent symbolique entre le travail de propreté des locaux et l'hygiène des pensionnaires, entre la lutte des salissures et celles des souillures et déjections humaines. D'une certaine manière, il est plus facile d'avoir prise sur les locaux que sur les pensionnaires même si tout le système les conduit à devenir des êtres dociles. On ne peut totalement les modeler, ni empêcher la souillure qui sort des corps. Ce qui va alors être fait, relèvera de la gestion des apparences, procédera selon un mécanisme d'exclusion et d'élimination symbolique. Il y a un refus de considérer l'être humain. Mais à trop vouloir supprimer ce qui constitue l'homme, la matière organique, le composé vivant, on s'attaque à son existence même et on le réifie en un corps inanimé, momifié, domestiqué, à défaut de pouvoir le rendre inaltérable. Ce seront aux personnels aides-soignants et agents de services de gérer cette matérialité et cette corporalité. La notion de « *dirty work* » prend ici, littéralement, tout son sens. Ce sont des salariées du sale boulot, des tâches ingrates. Anaïs, une jeune aide-soignante, nous relate une difficile expérience professionnelle au sein d'une clinique accueillant des personnes démentes ou dépressives<sup>230</sup>.

*« Le matin, je faisais les douches et les toilettes, sauf que là, c'est tout juste s'il ne fallait pas les frapper pour qu'ils se douchent, et ce n'est pas du tout ma politique. Moi si tu ne veux pas te laver, ce n'est pas grave, je te laverai demain. Mais le médecin chef était un peu d'avant-garde et il fallait que tout le monde soit propre dans son établissement, pour que quand les gens viennent on les trouve beaux, même si à l'intérieur ils sont complètement détruits ! »*

Il ne faut pas donner à voir la déréliction<sup>231</sup>, il faut cacher les odeurs et les images liées à la dégénérescence et à la mort. C'est la raison pour laquelle, les personnes qui rappellent trop cela, sont montées dans les étages, mises dans des services rebus... En fait, lorsque les personnes sont « sales » ou souillées, il est demandé au personnel de faire le nécessaire et de les rendre présentables. Mais lorsque les vieux et vieilles « font sale », qu'il n'est plus possible de les « rendre propres » c'est à dire conforme à l'image du « beau vieillard », l'institution les cache et les met hors du regard. L'enjeu est de toujours maîtriser, de ne pas se

---

<sup>229</sup> Cf. Jankélévitch, 1978, p.68.

<sup>230</sup> Voir également son récit de vie en dernière partie.

<sup>231</sup> Cf. Douglas M, 1992.

sentir « *envahi* », « *contaminé* » par l'autre que se soit par l'intermédiaire de la vue, de l'odorat ou du toucher.

D'un point de vue historique, cette lutte pour la propreté trouve son point de départ dans les mouvements hygiénistes du XIX<sup>e</sup> siècle, qui s'appuyaient sur un discours médical pour faire valoir les risques de contagion ou d'infection et imposer des mesures prophylactiques. Elle dépasse toutefois aujourd'hui cette conception en se centrant sur la visibilité et la quête de transparence. C'est ce que dénonce Marie-Rose, faisant fonction d'aide-soignante aux Aves, qui nous dit que, pour son directeur « *seule la tenue de son établissement compte* ». La propreté devient autant une question de visibilité qu'une question d'hygiène. Il s'agit de maîtriser, d'instaurer un ordre rassurant et rationnel, au risque d'en faire un lieu aseptisé, ressemblant à un espace médical.

Les politiques de communication des établissements d'hébergement pour personnes âgées peuvent renforcer ce mouvement. En voulant faire changer le regard sur ces espaces pour vieillards, afin qu'ils ne soient plus identifiés à des mouiroirs mais à des lieux modernes et propres, on a tendance à occulter, à identifier la santé aux seules maladies ou formes de démence. En fin de compte, cela ne fait que renforcer l'enfermement des personnes âgées, la domestication de leurs corps dans ces espaces.

### **La confrontation aux souillures et déjections**

Les aides-soignantes sont en premières lignes pour recevoir les rejets corporels, car la propreté n'est souvent plus maîtrisée par les sujets âgés vivant en institution. La grande majorité des pensionnaires sont incontinents ou le deviennent en maison de retraite. Le sale, les déjections humaines font parties intégrantes du quotidien des aides-soignantes. Les reflux du corps, la décrépitude physique comme la perte de la raison, vont pouvoir susciter des phénomènes de rejet, de peur et de violence que les salariées vont masquer et taire dans la majorité des cas.

Le rapport quotidien et physique aux corps des pensionnaires, soumet les aides-soignantes à de dures épreuves émotionnelles. Ces vieilles personnes, objets de soin, vont pouvoir provoquer plus de dégoût et de répulsion que de plaisir ou de satisfaction. Lors des toilettes ou à l'occasion des nursings, les aides-soignantes sont notamment plongées dans le monde

pulsionnel de l'analité. Elles pourront, à certains moments, se sentir envahies par les déjections en tous ordres : urine, sueur, selles, crachats, sang... provoquant des peurs fantasmatiques de contaminations. Cela nous sera dit explicitement par quelques soignantes avec qui nous aurons réussi à établir un bon rapport de confiance, voire une certaine connivence<sup>232</sup>.

*« C'est vrai qu'au tout début, quand je suis arrivée à la maison de retraite, j'avais dit à mon mari : " Non, je ne resterai pas ". Je ne pouvais pas. Je venais d'une clinique chirurgicale où on ne lavait pas les dentiers, on ne lavait pas les culs pleins de merde, on faisait pas les toilettes intimes. C'était tout juste si on avait le bassin avec le broc. Quand on faisait les toilettes, c'était pas passer le gant et avoir le gant sale. Et les odeurs ! Il y avait les odeurs, il y avait aussi ces psys. »* Aline Gambini, faisant fonction d'aide-soignante aux Aves.

Notre enquête n'arrivera pas à déterminer les différentes étapes émotionnelles par laquelle passent les personnels de soin, qui sont de toutes façons toujours éminemment singulières. Mais la rencontre avec des aides-soignantes qui ont quitté le métier ou le service des personnes âgées nous permettra d'identifier des mécanismes à l'œuvre. Laurence, faisant fonction d'aide-soignante était remplaçante aux Abeilles quand nous l'avons rencontrée pour la première fois. Elle rompra son contrat et décidera de ne plus travailler auprès des personnes âgées. Si la question du dégoût n'est pas au cœur de son départ, elle n'y est pourtant pas totalement étrangère. C'est la « menace » et la fréquence de la mort en institution gérontologique qui ont précipité sa rupture, mais le rapport au sale, lié à une certaine décrépitude humaine ne peut-être détachée du contexte.

*« Je suis quelqu'un de très sensible, je m'accroche trop aux personnes âgées. J'ai pas su faire la barrière. Donc à chaque fois qu'il y en avait un qui mourait c'était la cata. C'était comme si c'était un de mes proches. J'ai pas su faire la barrière, parce que le soir je rentrais à la maison, la nuit je faisais des cauchemars, j'étais encore à la maison de retraite... Donc la nuit j'y étais, le jour j'y étais, je n'en pouvais plus. Donc je me suis arrêtée, et j'ai mis un moment avant de m'en remettre. (...) Vous allez au travail avec la hantise, c'est pas la peine, on ne travaille pas bien.*

---

<sup>232</sup> Le détour par une démarche d'observation participante nous sera ici d'une grande utilité pour repérer certains de ces phénomènes puis interroger les aides-soignantes sur la base de notre vécu. Cf. : Introduction, chap. « La position du chercheur en sociologie clinique et son déplacement ».

- Et les autres, elles aussi, elles ont dû avoir des moments difficiles...

- Les filles m'ont dit, ça va passer, tu verras, nous aussi on a fait des cauchemars et tout, ça passera. Moi ça passait pas, je suis partie en dépression. Moi celles qui font ça pendant vingt ans je leur tire mon chapeau. (...)

- Je reviens d'une semaine à la maison de retraite où j'ai suivi le travail des aides-soignantes, je trouve que c'est un métier difficile physiquement et pas facile à supporter, il y a par exemple les odeurs.

- Encore moi les odeurs, tant que c'était des personnes souillées, mettre les..., pas les mains parce qu'on a les gants, les gants de toilettes - parce que les gants en plastique, il n'y en a pas trop là-bas, enfin je vais rien dire sur la maison de retraite - moi ça ne me dérangeait pas. Mais tout ce qui était, quand ils raclaient leur gorge pour cracher, le vomi, oh maman ! Non, je ne peux pas, c'est pas beau, pas beau. (expression de dégoût sur le visage) »

Les questions de la mort et du deuil en maison de retraite seront évoquées en troisième partie dans les récits de vie. Nous verrons que cela constitue une vraie épreuve dans le métier pour chacune d'entre-elles<sup>233</sup>. Nous avons consacré un chapitre à la question du deuil dans un précédent ouvrage<sup>234</sup> consacré aux aides à domicile, il est largement transposable à la situation des aides-soignantes en institution. Ce que nous avons découvert dans cette investigation c'est que, pour le personnel aide-soignant, être dans un rapport de soin et de proximité avec des personnes âgées, c'était aussi se défendre contre ses propres peurs de vieillir et de mourir. Une fois la confiance établie, ces questions sont assez facilement abordées, par contre les mécanismes de peurs et d'angoisse que peuvent susciter les contacts avec les personnes âgées qui souffrent et dont le corps et l'esprit s'altèrent, sont difficiles à énoncer. Les situations qui suscitent du dégoût, voire de l'abjection, sont occultées. Il nous faudra en penser par l'évocation de nos propres ressentis pour que les aides-soignantes s'autorisent à parler un peu des leurs. Et chaque fois, une certaine pudeur, des mécanismes de défense, empêcheront de longs développements sur ces émotions et épreuves du métier.

« - Il y a des moments d'écoeurement, dix sept ans après ?

- D'écoeurement ? Non je ne crois pas, non. Ça fait quand même dix-sept ans que je les vois, que je vois leurs corps vieillissants et que j'enlève les selles de leurs couches, ça, je le fais tous les jours.

---

<sup>233</sup> Voir notamment le récit de vie d'Aline Gambini, chap. « L'engagement affectif à l'épreuve des deuils ».

<sup>234</sup> Cf. Causse, Fournier, Labruyère., 1998, pp 75-77.

- *Ca se banalise ?*

- *Disons qu'il y a des trucs qui vont encore m'écœurer, que je n'arrive pas à m'y faire. Je pense que personne ne s'y ferait. Comme, admettons, quand je rentre dans une chambre et que j'en vois qui mangent leurs selles, ça c'est un truc que, sinon, non. Je ne suis pas quelqu'un qui suit facilement écœurée. Je suis capable de leur enlever le dentier à la main, et d'aller leur laver. Alors que j'ai des copines qui ne peuvent pas. Elles me disent : " Non, moi laver un dentier, pas question " Moi, ça ne m'écœure pas, je le fais tous les jours. En ce moment, Madame Blanc elle a eu un petit peu mal aux gencives, je lui prends, je lui nettoie, ça ne m'écœure pas. Pourtant, il est dégueulasse. Mais bon, voilà »*

Aline, faisant fonction d'aide-soignante.

Une autre aide-soignante, Joséphine, au foyer logement des Abeilles nous dira également :

« - *En maison de retraite, j'ai l'impression quand je finis ma matinée de toilettes, de lits, de pipi et tout ça, d'avoir l'odeur imprégnée sur moi. Et l'odeur, je pense qu'on vous a dit qu'on y est habitué, mais je pense que non. Toutes on a un moment ou un autre, de temps en temps, ça nous prend et "je ne peux plus supporter". Alors on sort prendre l'air et on revient.*

- *Quel que soit le nombre d'années ?*

- *Je pense que le nombre d'années n'y fait rien. Il y a des moments où les odeurs sont trop fortes à accepter. »*

Au cours de notre observation participante, nous serons témoin à plusieurs reprises de réactions de dégoût, notamment lors de défécations de pensionnaires pendant les moments de toilette sous la douche. C'est la répétition de cette situation sur la série de toilettes à faire qui semble les provoquer. Une tension peut se lire sur les visages des aides-soignantes, parfois quelques grossièretés sont proférées mais cela reste très laconique. Les gestes peuvent devenir un peu plus brusques et rapides, trahissant un mal-être. C'est un vécu sur lequel les aides-soignantes ne semblent pas beaucoup échanger et qui est le plus souvent à peine perceptible, même lorsqu'on est à côté d'elles.

Si comme nous l'écrit José Morel Cinq-Mars<sup>235</sup> « *le dégoût participe de ce qui, dans l'appareil psychique, résiste aux menaces d'un retour à l'abject ou d'une contamination par la souillure* », comment surmonter ce dégoût, sans mettre l'autre loin de soi, loin de la culture,

---

<sup>235</sup> Cf. Morel Cinq-Mars, 2002, p 146.

hors de l'humanité ? Lorsque « *les seuils qui délimitent l'intérieur et l'extérieur du corps et déterminent les territoires de l'intime* » sont franchis et que se déversent devant les yeux des soignants des déjections avec leurs odeurs nauséabondes, il n'est pas surprenant de voir surgir de l'agressivité chez l'aide-soignante. L'autre, la personne âgée, peut paraître sinon abjecte du moins repoussante, elle ramène inconsciemment aux pulsions de destruction et de mort tapies au fond de soi. La difficulté vient alors du fait que l'aide-soignante ne peut se retirer de ce rapport corporel qui est au centre de son métier. Elle ne peut mettre, ni se mettre provisoirement à distance de l'autre, comme peuvent le faire d'autres professionnels. Quand la distance physique n'est pas possible, les aides-soignantes mettent souvent en œuvre des mécanismes de défense, routinisant leurs gestes et technicisant leurs paroles, pour ne pas paraître affectées. Elles laissent paraître une certaine froideur et une invulnérabilité, parfois une certaine dureté dans leur propos.

Redonner des frontières, inscrire dans des actes, des gestes et des paroles c'est permettre aux personnes âgées de retrouver l'intégrité de leur corps métamorphosé. C'est leur offrir la possibilité d'être touchées physiquement et émotionnellement par les autres et c'est aussi la possibilité pour le soignant de dépasser son dégoût. Il faut éviter de tomber dans un sentiment plus fort d'abjection, à force de toilettes et de nursing qui s'enchaînent et se « déchaînent » à un rythme parfois inhumain. Un rythme qui ne permet plus la rencontre, ni l'échange inter individuel. Francine Saillant<sup>236</sup>, dans un propos plus général sur le travail des soignantes, insiste sur la notion d'accompagnement dans les passages de la vie que sont la naissance, la maladie, la vieillesse et la mort. « *Transigeant dans les états limites, les soignantes servent ni plus ni moins de médiatrices dans un univers qui cherche plutôt à séparer, à diviser et à hiérarchiser : la médiation qu'elles accomplissent est médiation entre le propre et le sale, médiation entre le contrôle et le non-contrôle du corps esprit, médiation entre la vie et la mort. Il s'agit d'un travail de médiation, mais aussi d'une recherche de globalité.*»

Ce travail de symbolisation et d'accompagnement des êtres n'est que trop rarement abordé en institution ou en formation. Ils touchent à ce qui fait l'humanité en l'homme et renvoie aux questions du non-contrôle, de la transgression des normes sociales, aux processus de vie et de mort. Il y a une censure sociale à échanger sur les expériences concrètes et quotidiennes que vivent les aides-soignantes qui ont entre leurs mains des corps humains qui « *puent, hurlent,*

---

<sup>236</sup> Cf. Saillant, 1993, p 103.

*s'agrippent*<sup>237</sup> ». Si elles parlaient de ces expériences, cela les obligerait certainement à revenir sur les notions du dégoût et de l'abject et aborder des questions de violence ou d'agressivité. Il y a donc une autocensure pour ne pas en parler. De toute façon, les conditions sociales ne semblent pas réunies aujourd'hui pour ce type d'énoncé, une telle prise de parole serait risquée pour des aides-soignantes, sauf peut-être à construire collectivement une parole sur ce travail.

La société veut des personnes âgées « autonomes » qui se prennent en charge, ou qui soient médicalement assistées si elles sont malades ou handicapées. Elle ne veut pas voir la souffrance, la folie, la violence qui peut se manifester et refuse par là même d'envisager le difficile travail d'assistance et d'accompagnement des aides-soignantes auprès des personnes âgées. Les aides-soignantes se retrouvent ainsi particulièrement démunies face aux demandes de sollicitude des personnes âgées, à leurs fortes réactions et comportements implorants parfois violents.

Quand la violence et l'agressivité deviennent trop voyantes ou bruyantes, c'est par le canal de la maltraitance que notre société les appréhende et entend les combattre. Vouloir réduire à néant la maltraitance, ne permettra pas d'endiguer les mécanismes qui provoquent la violence envers des personnes fragilisées. Il nous semble que les effets concrets de ce discours sur les pratiques risquent de n'être que partiels et de ne pas produire tous les effets escomptés<sup>238</sup>. Cela peut par exemple accentuer de nouvelles formes de contrôle envers les salariés sans pour autant permettre une plus grande humanité et un respect des personnes âgées. Ce qui ne revient pas à dire qu'il ne faut pas lutter contre la maltraitance, mais qu'il ne faut pas tout centrer sur cette question, et qu'il faut être conscient des mécanismes d'exclusion à l'œuvre qui renforcent et autorisent d'une certaine manière les manifestations de violence auprès des personnes âgées.

Un des risques actuels est, par exemple, de ne mettre en lumière que la maltraitance spectaculaire, qui est relayée médiatiquement dans la presse, au détriment d'autres formes plus larvées de violence. Les journalistes se font régulièrement l'écho de maisons de retraite où le personnel bat les vieux, les attache toute la journée, où les directions n'ont des

---

<sup>237</sup> Op. cit. Saillant

<sup>238</sup> On pourrait oser une comparaison avec l'univers du travail où la souffrance et la violence sont aujourd'hui abordées principalement sur le seul versant du harcèlement moral.

personnes âgées qu'une vision mercantile et ferment les yeux, voire encouragent des pratiques maltraitantes... Des représentants patronaux du secteur des maisons de retraite nous ont évoqué entre cinq et dix pour cent d'établissements qui mériteraient d'être fermés. Mais attention, nous disent-ils « de pas jeter le bébé avec l'eau du bain », une minorité d'agissements en maison de retraite ne doit pas ternir l'image de tout un secteur d'activité. Pour autant, si on arrivait à identifier et faire fermer ces établissements, la question sera-t-elle réglée ?

La violence prend des formes souvent plus discrètes, moins spectaculaires et plus insidieuses que celles qui sont publiquement dénoncées, comme nous allons le voir. Des violences fréquentes que n'appréhendent pas toujours bien les formes de légalité actuelle et qui ont bien peu de chance d'être décelées et combattues à leur juste mesure, dans une lutte contre la maltraitance. Il ne s'agit pas d'ailleurs, selon nous, de chercher à éradiquer toutes ces formes de violences, mais de créer des conditions favorables à leurs énonciations pour les canaliser et les symboliser, les mettre au service d'une pratique réellement soignante et réconfortante. Un climat répressif et de suspicion ne peut traiter sereinement de ces problèmes, ils risquent même en fin de compte d'accroître et d'enfouir les processus de violence dans lesquels sont pris et partis prenants les individus aux différentes places sociales qu'ils occupent. Parler d'un pourcentage de maltraitance institutionnelle évite par exemple d'aborder les questions de la violence dans le travail et des processus de rationalisation instrumentale qui s'y développent<sup>239</sup>, du « *sadisme ordinaire*<sup>240</sup> » chez les personnels soignants, du caractère persécuteur des institutions d'hébergement des personnes âgées, du sort réservé aux vieux dans notre société.

On « psychologise » le social en déconnectant les faits de l'ensemble des rapports sociaux dans lesquels ils s'inscrivent. On identifie les situations à des dérives au lieu de les percevoir aussi comme de véritables symptômes de processus de violence plus large. Il ne s'agit pas de nier les faits mais de mieux cerner les processus d'engendrement de la violence, en mobilisant les bons niveaux d'analyses, sans couper le social du psychologique et réciproquement. Nous allons développer ce point en continuant notre analyse sur le rapport subjectif au travail des

---

<sup>239</sup> Pascale Molinier nous rappelle que « *la violence surgit là où le lien intersubjectif s'effondre* ». Cf. Molinier, 1999.

<sup>240</sup> Cf. Trouilloud, 1998.

aides-soignantes et aborder la question de la peur des aides-soignantes vis-à-vis des pensionnaires.

### **La peur des « gardiennes » et les mécanismes de contre-transfert.**

Si la domination des aides-soignantes sur les pensionnaires ne fait aucun doute, il n'en demeure pas moins qu'elles sont attentives aux comportements des pensionnaires et qu'il y a une peur diffuse de se sentir débordé par les situations relationnelles et être mis en danger. Cette peur peut parfois devenir physique, quand les aides-soignantes se sentent en situation de vulnérabilité, comme lorsqu'elles sont enceintes. Mais les situations d'agression physiques de pensionnaires envers les personnels restent peu fréquentes.

« - As-tu eu des personnes âgées qui te faisaient peur ?

- Oui au début quand je suis rentrée. J'avais peur quand j'étais enceinte qu'ils me foutent, qu'ils me mettent un mauvais coup au ventre, sinon non, enfin oui j'ai eu de l'appréhension. On en avait une, malheureusement elle est morte, Kirama Graoui qui était vraiment psy et elle te battait. Je m'en suis toujours méfiée, mais ce qu'il y a chez elle c'est qu'elle te prenait en traître. Une fois, alors que j'étais dans sa chambre, je lui ai tourné le dos et j'ai compris, je ne lui ai jamais plus tourné le dos après. Moi je faisais la forte, je faisais celle qui n'avait pas peur. Voilà ce qui s'est passé. La femme de ménage me dit : j'y vais pas, elle m'a frappée. C'est vrai qu'elle frappait tout le monde. Alors je lui dis : « donne moi le plateau repas, je vais lui porter ». Je rentre, je lui porte le plateau, et je lui dis : « viens manger dépêche-toi ». Au moment de sortir de la chambre, j'avais les cheveux longs à l'époque attachés en queue de cheval, elle me l'a choppée et je sais pas comment mes vertèbres, - d'abord je me demande si c'est pas depuis que j'ai si mal - elle m'a mis la tête comme ça (à la renverse) je n'arrivais plus (à me redresser). Elle me tirait, tirait et elle me frappait. Alors je me suis agrippée, elle m'a lâché. Je l'ai collé contre le mur, je lui ai mis les mains à la gorge et je me suis mise à hurler sur elle. Là, ça l'a calmée. Mais ça fait rien, après je me méfiais d'elle, quand je sortais je lui tournais jamais plus le dos. Après elle n'a plus jamais été agressive, elle m'a plus jamais retouchée. »

Aline, faisant fonction d'aide-soignante.

« Quand j'étais enceinte, tout de suite je cachais mes mains je leur criais pas dessus quand je voyais qu'ils étaient en crise. J'avais tellement peur. Je connaissais une dame qui m'avait

*raconté une histoire qu'elle avait perdu son bébé quand elle travaillait en hôpital psychiatrique. Elle s'était prise un coup de pied et son bébé était mort, après elle n'avait plus jamais pu avoir un enfant. Son histoire m'avait marquée. »*

Véronique faisant fonction d'aide-soignante, mère de deux enfants.

Ce n'est pas tant la violence des pensionnaires envers le personnel qu'il y a le plus souvent à redouter que la non coopération, le refus qui place les soignantes devant des situations difficiles comme nous l'avons vu lors des toilettes. En dehors de rares situations d'agressivité physiques de pensionnaires souvent bien identifiés par l'institution, les attitudes d'oppositions sont plutôt sourdes. Elles reflètent en cela la situation de fragilité et de soumission des pensionnaires au sein des établissements. Dans ce contexte, nous nous interrogeons sur les raisons des peurs persistantes des aides-soignantes. Deux d'hypothèses peuvent être émises, c'est surtout la seconde que nous retiendrons.

La première hypothèse, renvoie au rapport numérique inégal entre le personnel et les pensionnaires. Les aides-soignantes sont évidemment moins nombreuses que les personnes âgées, ce qui les conduit à trouver des espaces de collaboration pour canaliser la violence des pensionnaires, pour ne pas être victime de ripostes. Mais ces ripostes, quand elles se manifestent, restent ponctuelles et faibles. Le soulèvement, la violence massive du groupe, même spontanée, paraît hautement improbable, tant l'organisation est puissante dans la dépossession de soi et la domestication individuelle des corps. Toute notion de collectif en maison de retraite est ici abolie. Les repas, font partie des rares moments où les pensionnaires se retrouvent ensemble. Nous avons vu que ce pouvait être là l'occasion de manifestations de mécontentements qui peuvent se communiquer des uns aux autres. Mais cela ne va jamais bien loin. La durée de ces moments est relativement courte, ils se déroulent sur des temps où le personnel est nombreux. Enfin, lorsque de la colère s'est exprimée au cours d'un repas, elle s'estompe avec la fin de celui-ci, chacun retournant ensuite à sa propre solitude. Nous sommes en présence d'une collection d'individus isolés, esseulés et âgés. Si la violence du groupe est difficilement envisageable dans ce type d'institution, l'irruption de la violence individuelle, elle, est plus fréquente mais rarement menaçante. La peur que ressentent les aides-soignantes semble être disproportionnée par rapport à la réalité des faits.

Une deuxième hypothèse peut alors être formulée. Les procédures de disqualification et de réification des pensionnaires produisent en retour des craintes chez ceux qui les mettent en

œuvre. Ces mouvements de contre-transfert<sup>241</sup> contribuent à produire de la méfiance, de la peur, du rejet une projection hostile<sup>242</sup>. Rappelons-nous la peur des pensionnaires à être maltraités par les aides-soignantes au moment des toilettes et les stratégies de certains pour être bien vus et correspondre à l'image du « *bon pensionnaire* ». Chacun, de la place qu'il occupe, en situation de dominant ou de dominé, a tendance à amplifier le pouvoir que l'autre a sur lui. Ce type de mécanisme aboutit à ce que « *chaque groupe tend à se faire de l'autre une image stéréotypée et hostile*<sup>243</sup> ». Plus les pensionnaires vont être dociles et soumis, plus le mur qui sépare les uns, des autres, va grandir. Les peurs et réactions de rejet vont s'accroître. Le processus va s'amplifier consacrant le partage dual entre le pensionnaire et le soignant.

C'est de l'enchaînement domination/stigmatisation/réification que naît la peur de l'autre. Le fait, pour les aides-soignantes, de ne plus considérer l'autre comme un alter ego, ni même un être humain à part entière mais un « non-moi », va permettre de le mettre à distance de soi et d'agir sans considération pour lui. Face à la menace narcissique que constitue la personne âgée proche de la mort, certains salariées vont réaffirmer leur pouvoir de personnel soignant bien portant en s'appuyant sur les procédures de surveillance et de contrôle existantes qu'ils doivent faire appliquer. Ils vont faire des pensionnaires des êtres toujours plus dociles et assujettis.

En maison de retraite, contrairement à ce qui peut se passer pour les intervenantes à domicile, un mode d'assujettissement et de domestication des corps va s'exercer. Etre dépendant d'une personne, cela voudra dire, en être tributaire, attendre son bon vouloir, dépendre d'elle pour en retirer un certain profit. Les pensionnaires souvent esseulés vont se conformer dans leur grande majorité au système d'organisation fonctionnaliste de la maison de retraite et s'aliéner pour obtenir en échange un peu d'aide et de réconfort des personnels. Ils vont se conformer aux attentes de l'institution, ce qui peut s'accompagner de troubles de comportement, symptômes de leur détresse. Ces troubles quand ils se manifestent, sous forme de cris, de plaintes répétées ou de comportements régressifs, pourront à leur tour entraîner l'irritation voire l'agressivité des personnels soignants. A la spirale de la dépendance, pourra s'adjoindre

---

<sup>241</sup> Les mécanismes du contre-transfert ne sont pas différents de ceux du transfert. Si nous utilisons néanmoins cette terminologie, c'est par référence au travail de cure psychanalytique, pour indiquer le sens de notre observation. Nous partons de l'analyse des comportements des soignants et non de celui des personnes âgées.

<sup>242</sup> Cf. Devereux, 1980.

<sup>243</sup> Cf. Goffman, 1994, p 49.

un processus de violence. Les provocations, refus vont provoquer des formes de chantages affectifs, de violences verbales... Le docteur Christian de Saussure<sup>244</sup> nous montre le sens de cette violence de la relation :

*“ Vulnérable, la personne âgée va prendre le risque de maltraiter son entourage pour prouver qu’elle existe encore même si le rapport de force est très inégal. Elle aura également tendance à assurer sa survie ou à exprimer son hostilité en agressant d’autres personnes âgées, parfois même mortellement. Au péril de sa vie psychique, affective et physique, la personne âgée tentera désespérément de nous attirer à elle par un comportement inadapté, même si notre réaction verbale, physique ou matérielle est violente et peut l’achever. Au moins, elle ne mourra pas dans l’indifférence qui reste la pire des violences envers elle. ”*

### **Les réactions des aides-soignantes face aux cris des personnes âgées.**

En maison de retraite, les gémissements et cris des pensionnaires sont fréquents, ils se répètent souvent en boucle. A côté des souffrances physiques, des éventuels « accès de démence », c’est la détresse humaine que l’on entend. Les causes sont plurielles. Saulnier<sup>245</sup> fait le bilan des hypothèses émises pour expliquer les cris, « *insécurité, crainte de la solitude, isolement, désorientation, incapacité de communiquer la douleur, besoin d’affirmer son existence, manque de stimulation* ». Ces manifestations semblent être en tout cas plus des appels au secours que des volontés explicites de nuire, d’empoisonner la vie des salariés. Les lamentations continues ne laissent pas indifférent ceux ou plus souvent celles qui partagent de longs moments avec les pensionnaires, même si elles le donnent peu à voir. Joséphine Roche, aide-soignante au foyer logement des Abeilles, ancienne aide-soignante de la maison de retraite du même complexe gériatrique, témoigne de cette souffrance.

*« Les cris, moi je sais que ça m’a marqué. Certaines personnes qui crient toute la journée, qui appellent leur mère, la même personne, on ne peut pas être, comment dire, on ne peut pas ne rien ressentir. Il y a certains cris par contre, on n’y prête plus attention, on s’y habitue. Mais selon la nature du cri, selon si c’est toujours les mêmes noms qui reviennent et la façon dont s’est prononcé, ça fait mal au cœur. Enfin, moi je le ressens comme ça. Et même quand je vais en face (c’est à dire quand elle retourne à la maison de retraite) chercher quelque chose, que*

---

<sup>244</sup> Cf. Saussure, 2000.

<sup>245</sup> Cité par Petitat, 1989.

*je traverse ce grand hall et qu'il y a deux ou trois personnes qui crient, particulièrement une que j'ai vue bien, cela me marque. Quand je vois la dégradation qu'il y a eu et le fait qu'elle appelle toujours la même personne (...) Je sais que c'est un appel et ça me marque énormément, pourtant je suis de la profession. »*

Pour ne pas trop souffrir, Carine, comme d'autres de ses collègues, s'efforce de ne plus entendre ces lamentations et formes d'appels. Les cris deviennent une sorte de musique de fond lancinante de laquelle elle s'extrait. Une mise à distance de la souffrance de l'autre s'opère.

*« Au Castel, il y a toujours un brouhaha, il y a des cris, des gens qui interpellent. Ce sont toujours les mêmes qui t'interpellent au moment où tu passes. C'est si tu veux, dans leur comportement, c'est de la routine, je passe. Il y a toujours par exemple Madame Dona qui m'appelle, qui veut retourner dans sa chambre ou Madame Béranger qui interpelle. Pour moi, ça fait partie de la routine. Après à force tu ne l'entends plus, disons tu l'entends, mais tu n'y fais plus attention. Tu fais attention sans y faire attention parce que ça fait partie du quotidien. »*

Si les aides-soignantes essaient de se détacher des plaintes perpétuelles pour continuer leur travail, elles rencontrent toujours, à un moment ou un autre, des personnes qui vont les affecter plus fortement, comme nous le fait remarquer Joséphine Roche. Il ne semble pas possible de s'habituer complètement à la détresse de l'autre. Il y a toujours des situations qui font « mal au cœur ». Les manières de faire face sont diverses. Celles qui consistent à « se blinder » pour ne plus voir ni entendre, sont fréquentes. Elles ne prémunissent pas des situations d'angoisse et risquent à terme de provoquer des formes de dépression comme nous le rencontrerons au travers des récits de vie. Ces mécanismes de défense ne sont pas toujours le meilleur moyen de juguler les situations d'exaspération et de maîtriser son agressivité. Les espaces collectifs de parole manquent cruellement dans les établissements pour personnes âgées.

Les gémissements ou autres formes d'appels lancinants des pensionnaires peuvent susciter de la férocité chez les personnels. Rose, une agent de service des Aves, est dans un rapport de violence verbale très fréquent avec les pensionnaires. Elle abuse de son autorité.

Lors d'un déjeuner, Rose qui est là pour donner à manger à celles qui ne sont pas autonomes à l'étage « Alzheimer », dit à une personne âgée qui réclame son repas: *“ ici tu n'es pas la reine ! ”* A une autre : *“ on mange pas à 50 mètres ”* puis à la cantonade, sur un ton autoritaire : *“ allez on mange ”* - alors que tout le monde est en train de manger. (...) *“ Mme Castino, on mange et on ne prend pas chez la voisine, qu'est-ce que c'est que ça ! ”*. *“ Toi tu es une grosse cochonne. Tu manges et tu bois comme il faut, arrête ton cinéma. Arrête de te plaindre, on a tous mal ”* A une pensionnaire qu'elle fait manger et qui a bon appétit, Rose dit par contre : *“ c'est bien ma chérie, c'est bien ma caille .”*

La maltraitance est ici visible. Cet agent de service invective la plupart des pensionnaires, elle les injurie, les infantilise, félicite quelques-uns pour mieux abaisser les autres et affirmer son pouvoir. Pour autant, on sent bien que cette violence fait écho à une souffrance personnelle qu'elle exprime malgré elle par l'expression : *« on a tous mal »*.

Il y a aussi la peur fantasmagorique de devenir « fou » à force de côtoyer les pensionnaires. Etre gagnée par la folie de l'autre, un sentiment que peuvent aussi ressentir des aides-soignantes mais que seule l'exprimera Rose.

*« On les entend tout le temps crier, tout le temps gémir, comme Madame Duplessie, elle n'arrête pas de gémir, “ Viens là, viens là, assieds-toi ” et elle frappe les autres. Toute la journée quand vous entendez taper, taper (elle tape sur une table), vous sortez on dirait que vous êtes fadade (langage argotique pour dire folle). »*

A l'agression ouverte et directe de Rose, les silences et formes de surdité que développent d'autres salariées sont plus fréquentes. Elles peuvent aboutir à des situations non moins violentes que les précédentes, comme nous allons le voir dans l'exemple qui suit.

L'aide-soignante Lucie arrive à son étage « Alzheimer » et voit Madame Fontaine à terre. Elle appelle l'infirmier qui arrive quelques minutes après, constate que la chute est bénigne et repart en disant à la personne qui paraît assez choquée, qu'il en parlera au médecin de la maison de retraite. Dans les faits, il nous dira ne pas l'avoir fait, cela a été dit pour la rassurer. Après le départ de l'infirmier, Lucie lui apporte un gant mouillé pour qu'elle se le mette sur le front. Cette dame, visiblement très affectée par ce qui vient de lui arriver, n'arrive pas à le maintenir sur sa tempe où se dessine un hématome proéminent. Elle laisse tomber le gant sur

ses jambes en répétant qu'elle a mal. Nous lui proposerons un verre d'eau ce qui la calmera quelques minutes. Puis arrivent les plateaux déjeuners. L'aide-soignante Lucie aidée par une nouvelle agent de service et nous-même, donne à manger aux pensionnaires non autonomes. Elle nous dit qui aider, se réservant les personnes qui ont les plus grosses difficultés d'absorption et risquant de faire des fausses routes. Malgré les plaintes incessantes de Madame Fontaine qui répète maintenant en boucle qu'elle a faim, Lucie ne se dirigera pas vers elle. Ces lamentations ne semblent gêner personne. Au bout d'une demi-heure, il ne reste plus que trois pensionnaires à faire manger. Elle aurait déjeuné en dernier si, ne supportant plus la situation, nous ne lui avions donné nous-même à manger. Elle arrêtera sa plainte dès que nous nous occuperons d'elle. Madame Fontaine est habituellement une personne discrète, mais elle a manifesté le besoin, ce jour là, qu'on lui porte plus d'attention que d'habitude. Ce plus, Lucie ne voudra pas l'entendre, ni le donner.

La violence se manifeste aussi fréquemment sous forme de petits règlements de compte. L'aide-soignante Anaïs dit à sa collègue et amie Monique, à propos d'une personne âgée, qu'elle va être lavée la dernière parce qu'elle s'est montrée exigeante et autoritaire ce matin. Ces manières feutrées d'exprimer son agressivité sont courantes. Ce sont des petites vengeances que l'on repère dès que l'on partage un peu du quotidien de vie avec les aides-soignantes<sup>246</sup>. Répondre tardivement à la sonnette d'un pensionnaire pénible est une autre manifestation courante de cette forme de violence. Ces agissements ne mettent pas les aides-soignantes en situation de faute professionnelle et sont difficilement repérables par la hiérarchie. Nous sommes en présence de réactions en chaîne qui se répondent et se renforcent. Si les manières d'être et de réagir de chaque aide-soignante renvoient en partie à son histoire propre, le sens et la compréhension des mécanismes de violence ne sont pas tant à chercher dans une analyse individuelle que dans un mode de fonctionnement institutionnel. Il crée les conditions propices à de telles manifestations. Quand la parole vient à manquer, quand les modes d'organisation ne laissent guère d'autres choix que de traiter l'usager comme une chose, la violence peut se manifester, se décharger sur plus faible que soi. Elle n'est pas individuelle mais inter-individuelle se vivant dans un certain rapport social, un contexte institutionnel donné. Elle n'est pas non plus gratuite.

---

<sup>246</sup> Petites vengeances qui sont généralement tuées lors des entretiens.

Les aides-soignantes sont régulièrement confrontées à des demandes de pensionnaires, à des situations qui font appel à leur humanité, ce qui peut les renvoyer à leur proximité d'état avec elles, à leur état d'être mortel. Mais cet aspect là est profondément nié par tous. La hiérarchie et les personnels médicaux, par leur statut social et/ou la technicité reconnue de leur métier, évitent d'être en relations fréquentes et durables avec les pensionnaires. Toute l'organisation est centrée sur cet évitement d'avec la personne âgée, comme nous l'avons vu. Comment s'étonner alors que les aides-soignantes essaient elles aussi de ne plus voir, de ne plus entendre les cris et appels des pensionnaires et qu'elles manifestent une certaine froideur, voire du sadisme, elles qui ne peuvent se tenir à distance d'eux.

On ne peut guère comprendre cette situation sans se référer aux formes de violence dans le travail. L'organisation, par ces modes d'affectation et de déplacement des personnes âgées, par sa capacité à les dépouiller, les stigmatiser tend à en faire d'eux des choses, passives et dociles. Elle soumet par ailleurs ses salariées de proximité, les aides-soignantes et agents de service en tête, à une intensification du travail qui les conduit à se couper des pensionnaires, même si elle tient un discours inverse. Les aides-soignantes sont amenées à être complices de ce fonctionnement, à être dans un mal faire leur travail pour répondre aux exigences et/ou s'économiser. Elles deviennent des gardiennes de pensionnaires ou des techniciennes du soin. Dans un tel contexte, les attitudes de résistance sont difficiles à élaborer, encore plus à tenir dans la durée. La mobilité professionnelle est souvent la seule manière que des aides-soignantes ont pour se retirer de ces processus de réification, d'instrumentation de l'autre. Nous sommes là confrontées à une violence fondatrice, celle qui nie le sujet en l'homme qui ne peut être comparée à celle qui est réparatrice, que les aides-soignantes sont parfois amenées à infliger aux pensionnaires pour leur santé en effectuant un soin ou une toilette, par exemple.

### **La violence spectaculaire et la violence discrète.**

Nous avons vu que la violence de l'agent de service Rose était manifeste et spectaculaire, en opposition aux formes plus masquées et sournoises qui s'expriment en institution. Notons que la hiérarchie s'est rendue compte du comportement abusif de Rose et que l'infirmier en chef l'a réaffectée récemment à l'étage « rebut » de la maison de retraite, au service des « Alzheimer » qui ne reçoit presque plus aucun visiteur. Loin des regards, en présence des pensionnaires que l'on ne considère déjà plus comme des semblables, Rose travaille.

« Elle leur crie, leur dit qu'ils vont crever, alors qu'ils sont sans défense, c'est de l'abus. Ensuite je dois les calmer ça met une ambiance déplorable et ils deviennent agressifs », se plaint Florence, l'aide-soignante de cet étage.

Florence qui dénonce le comportement de Rose vit de manière continuelle avec une quinzaine de pensionnaires dans cet espace fermé et exigu du service « Alzheimer ». Elle est attentive à ce que tout le monde reste en place et soit tranquille. Toutes ses actions sont tournées vers cet objectif. Elle prend soin de ne jamais hausser la voix et essaie d'être toujours polie. Mais elle menace régulièrement les pensionnaires qui déambulent dans les couloirs. Le chantage est un mode de fonctionnement courant, elle attache à leur fauteuil les plus récalcitrants comme nous l'avons vu. Elle fait s'asseoir les pensionnaires dans la salle à manger, sans proposer d'activité, toute la journée. Florence est dans une économie de gestes et d'énergie ; elle essaie de tenir à un étage où toutes les autres aides-soignantes ne sont pas arrivées à rester plus de quelques mois. La violence spectaculaire et la violence discrète coexistent à cet étage. Ailleurs, elle est moins spectaculaire mais elle se manifeste aussi. Nous le réaliserons pleinement en voyant travailler Carine qui est perçue comme une aide-soignante modèle aux yeux de l'ensemble de la direction des Aves.

Sérieuse et discrète dans son travail, Carine respecte au pied de la lettre toutes les recommandations formulées par l'infirmier chef et le médecin de la maison de retraite des Aves. Cela agace beaucoup sa collègue de l'autre équipe, Béatrice, qui agit en adaptant les propos de sa hiérarchie médicale en fonction de chaque situation en faisant référence régulièrement à son expérience professionnelle antérieure en établissement hospitalier. Carine applique les consignes et stimule les pensionnaires pour qu'ils soient le plus autonomes possible, quitte à leur infliger des situations très angoissantes pour eux.

Carine force Madame Balmari à se lever pour gravir les trois marches d'escaliers et rejoindre la salle à manger : « *On se lève, on se bouge, allez. Arrêtez de discuter* (la personne âgée murmure quelque chose que nous n'entendons pas et Carine répond : « *vous avez tort. Taisez vous et forcez sur vos bras* pour vous relever (et vous tenir à la rampe). Puis comme elle ne répond pas, elle poursuit : « *On voit toute votre culotte, dépêchez-vous. Mettez la force dans vos bras, pas dans la parole. Taisez-vous et avancez. Allez-y parce qu'il n'y a plus le fauteuil derrière, montez. Allez...* »

Tous les moyens sont bons pour faire avancer cette vieille femme qui visiblement ne peut plus marcher. Qu'elle l'ait décidée plus ou moins consciemment n'est plus de propos. Le résultat est là mais Carine ne semble pas vouloir le reconnaître. Elle l'humilie en lui disant qu'on voit sa culotte, puis la menace de chute en lui expliquant qu'elle a retiré le fauteuil et qu'elle est obligée d'avancer si elle ne veut pas tomber et rester là. Le lendemain, l'aide-soignante Béatrice, proposera à Madame Balmari de passer par le jardin en fauteuil roulant pour rejoindre la salle de séjour et éviter l'épreuve des quelques escaliers à gravir, ce qu'elle acceptera de bon cœur.

C'est la différence d'attitude entre ces deux aides-soignantes et la répétition du comportement autoritaire de Carine sur d'autres pensionnaires qui nous mettra sur la voie d'une forme de jouissance sadique à menacer l'autre, tout en le dominant. Une deuxième situation se présentera à nous, quelques heures après la première.

Madame George a peur de marcher avec son déambulateur pour rejoindre son lit qu'elle vient de quitter pour aller aux toilettes. Elle sonne pour demander de l'aide. Nous arriverons quelques minutes après la venue de Carine dans sa chambre. Nous la voyons en train de menacer une nouvelle fois une pensionnaire.

*« Si vous n'utilisez plus votre déambulateur, je ne vous fais plus manger dans la salle à manger ».* Madame George perd alors ses moyens et chute. Carine amortit la chute avec ses jambes et son pied mais ne l'empêche pas de tomber, puis elle lui dit : *« Que fait-on maintenant ? Cette personne (Carine nous désigne du doigt) n'est pas formée pour vous relever et toute seule je n'y arrive pas. »* ; *« Vous êtes de marbre »* lui répond Madame George. *“ Je ne cède pas, je vais jusqu'au bout ”* réplique-t-elle.

Quelques minutes plus tard, nous verrons Carine donner un paquet de petits beurrés à un pensionnaire qui n'en demandait pas tant. Elle nous dit ensuite : *« on le retrouvera dans le placard, mais c'est pas grave ça lui fait plaisir ! »*

Nous constaterons une attitude très contrastée selon les personnes âgées et peut-être aussi selon leur sexe. Carine se montrera très farouche à tout élément d'analyse et restera méfiante

à notre égard. Elle ne voudra pas s'engager dans un travail d'entretiens répétés avec retour<sup>247</sup>, ce qui ne nous permettra pas d'approfondir l'analyse de ces faits.

Son comportement témoigne en tout cas d'une difficulté à reconnaître la part de dépendance en soi. Ce qui ne l'empêche pas d'être, avec les personnes âgées les plus valides, d'être dans une attitude d'écoute attentive et de soins. Plusieurs d'entre elles, la vivent comme une confidente de qualité. Carine sait donner de son temps quand cela s'avère nécessaire. Elle est assez sensible au cadre de vie des personnes âgées de son aile, elle s'implique pour rendre les espaces communs agréables et les moments de vie entre personnes âgées conviviaux. Elle n'hésite pas à revenir hors de son temps de travail (elle habite tout près de la maison de retraite) pour rendre un service, ramener des cassettes-vidéo à des personnes âgées pour l'animation pour les après-midi par exemple. Mais dès que se manifestent des signes de perte de contrôle de soi, elle combat les symptômes à tout prix. Elle refuse alors le travail d'accompagnement et d'aide. Elle réagit dans ces situations de manière violente, autoritaire et humiliante pour la personne âgée.

### **La fuite du réel dans l'imaginaire.**

Les aides-soignantes sont assez conciliantes avec les personnes âgées démentes quand celles-ci ne manifestent pas d'attitude de violence particulière<sup>248</sup>. Leur folie est admise et source, dans un certain nombre de cas, de plaisanteries amicales. Elles sont justifiées par le discours selon lequel, « *il ne faut pas contrarier les fous* ». Les aides-soignantes se heurtent le moins possible à leur manière d'agir ou de penser. Elles sont globalement plus conciliantes qu'avec les autres pensionnaires et se laissent aller à un certain humour. Quand l'aide-soignante Monique croise Madame Fabre, une pensionnaire désorientée qui lui explique qu'elle va partir, Monique lui répond d'attendre, « *il faut rester ici, attendre le bus* ».

Ces « anecdotes » sont courantes en maison de retraite. Cela nous a conduit à penser que ces situations, loin d'être une source de pénibilité supplémentaire dans le travail, peuvent constituer un temps de détente. Nous avons eu l'impression qu'à certains moments, les aides-soignantes se laissaient traverser par la folie de l'autre. L'humour qui va s'exercer permet, paradoxalement, de rejoindre la personne âgée à l'endroit de sa folie au lieu de la nier

---

<sup>247</sup> Cf. Introduction, « La position du chercheur en sociologie clinique et son déplacement ».

<sup>248</sup> Des situations qui ne remettent pas en cause le fonctionnement institutionnel.

totalemment. Ce type de circulation de la parole à tendance à apaiser et pacifier provisoirement les relations inter-individuelles. Il produit un sentiment libérateur qui donne l'impression de pouvoir passer, sans difficulté, de la réalité et à la fiction. L'espace clos que représente la maison de retraite vole ainsi en éclat. L'imaginaire vient au secours de la réalité, donne des ailes, et une forme de pensée magique et réparatrice peut surgir. Cela permet d'oublier temporairement le poids du quotidien, de supporter une activité contraignante et fortement mise à mal par l'intensification et la densification du travail. Une forme de puissance créatrice dans le langage va s'exercer et les métaphores se multiplier.

Nous nous laisserons nous aussi porter par ce que nous appellerons, une fuite dans l'imaginaire. Un après-midi, alors que nous avons accumulé beaucoup de fatigue et vécu des tensions importantes pendant les toilettes, nous ressentons un sentiment étrange et confus que nous tentons d'exprimer par écrit sur notre carnet d'observation en fin de journée. Voici un extrait de ces notes que nous avons remises en forme<sup>249</sup>.

*« Au fur et à mesure de la journée, j'ai l'impression de vivre dans un autre monde, peuplé de fantômes et de lutins, c'est un peu vertigineux. Madame Chastan parle de son « carrosse doré » à propos de sa chaise roulante. Anaïs entre dans une chambre double et dit aux occupantes qui se disputent au sujet d'une paire de pantoufle qui aurait disparu, "Alors mes belles cendrillons". Il s'agit de Madame Dota qui circule à longueur de journée dans l'établissement à la recherche d'une avenue de son enfance et de sa voisine que je ne connais pas bien. Anaïs m'explique qu'elles « se piquent des choses entre elles puis elles oublient ce qu'elles se sont prises (...) Ce matin, Aline est entrée dans la chambre de Madame Fabre, une odeur âcre flottait dans l'air. Elle me raconte que cela fait six mois qu'elle fait pipi par terre, à la tête de son lit. Madame Fabre refuse l'évidence et dit à Aline d'une voix un peu théâtrale, sur un ton un peu précieux, " quand même je sais me tenir !". Aline lui montre alors que le parterre qui est mouillée. Madame Fabre, sans se démonter réplique que c'est de l'eau . « Et l'eau se transforme en vin » conclut Aline. J'ai l'impression en cette fin de journée d'être sur une autre planète, dans une autre forme de rationalité. Un univers qui me fait penser à celui du conte d'Alice aux pays des Merveilles. »*

---

<sup>249</sup> Les notes sont des impressions formulées à vifs sous forme de suites de mots. Elles ont donné lieu dans la journée qui suit à réécriture formant une sorte de journal personnel de bord.

Nous ressentons le besoin de renverser la réalité et de subvertir le présent, de dominer le milieu en se donnant de nouvelles normes, de nouvelles valeurs, pour paraphraser Georges Canguillem<sup>250</sup> dans la conclusion de son ouvrage « *le normal et le pathologique* ».

---

<sup>250</sup> Canguillem, 1996, p. 156

## Troisième partie

### Introduction :

#### L'exploration de la professionnalité des aides-soignantes diplômées ou faisant fonction en milieu gérontologique au travers de six récits de vie.

Les récits de vie permettent d'approcher les itinéraires professionnels, de percevoir les motivations, sens et projections de chacun des individus dans leur travail et les articulations avec la vie privée. Ils sont l'occasion de relire les gestes, les pratiques observées, les propos entendus au travers des histoires singulières. Les récits de vie ne se limitent pas à l'histoire individuelle de chacun. Leurs apports sont plus larges. Ils permettent de percevoir comment chaque individu est à la fois porteur de son histoire singulière et de celle de son groupe de référence. Nous assistons à une confrontation entre des valeurs dont il est détenteur du fait de son histoire et des valeurs partagées par son groupe de référence au sein d'une structure sociale hiérarchisée. Elles se déclinent toujours de manière singulière et s'intègrent dans un collectif de travail. L'idée sous jacente, ici, est que *“ toute pratique individuelle humaine est une activité synthétique, une totalisation de tout le contexte social ”*<sup>251</sup>. Nous partons du singulier pour accéder à une connaissance plus générale de la professionnalité, un niveau d'objectivité supérieur. C'est une voie d'accès qui permet de voir comment les individus se réapproprient, sous des formes singulières, les rapports sociaux qui les traversent.

Les valeurs que nous repérons sont, dans la majorité des cas intégrées et présentes dans les gestes, actions, modes opératoires des salariées. Le travail d'observation participante nous a toutefois permis de « mesurer » le niveau de décalage entre la pratique et le récit. Ces distorsions étaient, selon nous, soit l'expression d'une difficulté de rencontre entre le chercheur et l'individu, soit l'expression de mécanismes de défense plus ou moins conscients. Le premier cas de figure a surtout été observé avec les femmes agents de service. Elles étaient présentes mais le plus souvent à la périphérie de notre enquête. Le fait de travailler principalement avec des aides-soignantes nous a, de fait, éloigné d'elles. Nous avons eu du mal à rentrer dans une relation d'affinité qui permettait de faire tomber une partie du caractère

---

<sup>251</sup> Cf. Ferrarotti, 1990, p 50.

dissymétrique de la relation d'entretien<sup>252</sup>. Nous avons recueilli un discours de leur pratique, plus qu'un témoignage de leurs vécus professionnels. Sauf pour Marie-Laure Orrizo<sup>253</sup>, qui est à cheval entre l'activité d'agent de service et celle d'aide-soignante. La rencontre et l'échange ont été facilités par sa position professionnelle particulière, son désir d'être aide-soignante et sa quête de reconnaissance. La deuxième raison du décalage, nous a paru assez symptomatique des mécanismes de défenses des individus pour faire face à leur peur et à l'usure professionnelle. Il vaut mieux, dans certains cas, continuer à se faire croire que ce que l'on fait est en accord avec ce que l'on pense et occulter ce qui, dans les manières de faire, dérangeant<sup>254</sup>.

Progressivement, avec la succession des récits de vie, nous allons voir se dessiner l'univers des personnels aides-soignantes dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. La double ambition de cette partie est de montrer la pénétration de l'organisation institutionnelle dans la subjectivité de chacun, en faisant ressortir les contradictions objectives du travail et les modes de réponses individuelles et collectives, tout en montrant comment chacune s'approprie l'organisation de travail. Cette entrée par le singulier est l'occasion de revisiter le fonctionnement institutionnel décrit dans la deuxième partie. Le social est appréhendé ici dans sa forme la plus singularisée. Comme le rappelle Vincent De Gaulejac à propos des histoires de vie<sup>255</sup>, « *nous trouvons ici l'un des objets privilégiés de la sociologie clinique : analyser la dimension existentielle des rapports sociaux en montrant comment chaque histoire est à la fois l'expression d'un destin singulier et l'incarnation de la société dans laquelle elle s'inscrit* ». Cela ouvre sur de nouvelles perspectives au sujet de l'analyse de la professionnalité, permet de voir les affects mobilisés dans le travail, le sens donné aux actes, les dimensions éthiques et politiques engagées... Cela permet d'appréhender autrement les manières de faire en faisant apparaître les modes d'incorporation du social, et les phénomènes de répétitions psychologiques à l'œuvre dans le travail<sup>256</sup>.

Si l'on prend par exemple la question du souci de l'autre qui se pose avec acuité dans cette activité professionnelle, les types de réactions rencontrées sont variés. Les aides-soignantes

---

<sup>252</sup> Bourdieu, 1993, pp 903-925.

<sup>253</sup> Voir récit de vie suivant.

<sup>254</sup> Toutefois la répétitivité des entretiens dans le temps et le renforcement de la confiance avec le sociologue peuvent permettre de travailler ces mécanismes de défense.

<sup>255</sup> Cf. Gaulejac (de), 1999, p 17.

<sup>256</sup> Dans une perspective clinique, le récit de vie engage le sujet dans un processus de déliaison et de construction.

peuvent manifester une grande attention aux personnes soignées, au risque parfois d'un certain asservissement de soi. Elles peuvent au contraire exprimer une grande distance envers l'autre, au risque d'une perte d'intérêt dans le travail ou d'une menace d'effondrement psychique liée à une trop grande rigidité défensive. Les aides-soignantes peuvent ainsi passer d'une relation de don, au sacrifice d'elles-mêmes ou au contraire verser dans une plus grande froideur professionnelle. Ces différents comportements et modes de défense trouvent des sources d'explications dans les modes de socialisation primaires. La place et le rôle des filles au sein de la fratrie, par exemple, nous apparaîtront dans plusieurs récits déterminants pour expliquer les modes d'investissements au travail...

Les modes de socialisation féminine se trouvent réactivés dans le travail de soin qui comporte une charge mentale et psychique élevée aggravé par des conditions de travail souvent difficiles et régulièrement marquées par un sous-effectif chronique. D'une manière plus ou moins consciente, le fonctionnement institutionnel des maisons de retraite se sert de ces femmes qui ont fait très tôt l'apprentissage de la domination sexuée et de la responsabilité pour accroître ses exigences et leur charge de travail, tout en leur déniaient leur capacité d'autonomie effective d'un point de vue salarial et statutaire. Les aides-soignantes puisent dans les bénéfices secondaires qu'elles ont pu trouver très tôt à s'occuper des autres, en devenant responsable et autonome, pour donner sens à leur travail et répondre aux exigences croissantes. Elles ont, par exemple, une faculté pour faire face aux dysfonctionnements quotidiens, aux pénuries de matériels, pour trouver des solutions dans l'urgence, anticiper et planifier leur charge de travail, qui peuvent sembler surprenants à première vue.

Le besoin de venir en aide à l'autre, la culpabilité ressentie si l'on ne fait pas « bien » son travail comme on le ferait pour un des siens, le sentiment d'une certaine dévalorisation personnelle et sociale, d'une revanche à prendre sur l'école, vont pouvoir être des moteurs puissants à la mobilisation dans le travail, conduisant parfois à l'hyperactivité soignante.

Le poids de la domination sociale et sexuée se lit dans l'enjeu que représente pour un certain nombre d'entre elles le fait de pouvoir accéder à un travail rémunéré en quittant le travail domestique et l'univers familial parental quand il est trop prenant. Le collectif de travail devient alors un nouveau lieu de sociabilité. Cette impression de libération de soi, peut s'accompagner d'un certain délaissement des soins donnés aux pensionnaires, d'une moins

grande attention, d'une certaine agressivité envers ceux qui symbolisent, malgré eux, la continuité d'un asservissement familial.

Le travail salarié s'inscrit pour certaines dans un mouvement d'émancipation global, même si les conditions de réalisation et la flexibilité demandée par la structure vont s'avérer piégeantes et usantes à terme. La hiérarchie leur demande une souplesse d'adaptation d'autant plus fortes qu'elle sait qu'elles ne pourront refuser parce que le marché du travail ne leur est guère favorable ou que leur mobilité professionnelle est très limitée. Ces exigences seront d'autant plus fortes que les attitudes individuelles de dévouement et de servilité dans le travail seront grandes.

Dans le travail de soin, chaque aide-soignante est régulièrement renvoyée à son seuil de tolérance, à ses limites, à ce qu'elles appellent parfois « *leur patience* ». Les récits de vie nous montrent que chacune s'en sort en fonction de ses ressources personnelles, de son histoire, de son âge mais aussi de sa capacité de mobilisation d'un entourage affectif et familial de proximité qui puissent les soutenir moralement, leur venir en aide, notamment au niveau de la charge domestique et éducative...

Sur les vingt-trois salariées rencontrées plusieurs fois, nous présenterons celles qui nous paraissent éclairer le plus de facettes de leur métier. Ce sont des femmes à des âges et moments différents de leurs vies professionnelles, des salariées diplômées et d'autres faisant fonction<sup>257</sup>. Le dernier récit de vie se singularise un peu des autres, dans la mesure où les rencontres ne se sont effectuées qu'au domicile de la personne et que Simone Alazard n'est pas à proprement parler une aide-soignante en maison de retraite. Elle exerce cette fonction la nuit dans une clinique et elle est accueillante de personnes âgées la journée chez elle. Sa longue expérience des structures de soin, sa connaissance des personnes âgées et handicapées, ses expériences de faisant fonction d'infirmière, nous ont permis, en fin de recherche, d'ouvrir et de prolonger notre réflexion au-delà des maisons de retraite dans l'univers des personnels soignants.

---

<sup>257</sup> Parmi les diplômées, il faut distinguer celles qui ont obtenu leur titre professionnel en formation initiale, de celles qui l'ont obtenu par la voie de la formation professionnelle continue. Cela a des conséquences sur les itinéraires professionnels comme sur les manières de faire son travail.

Si chacun des récits se lit de manière autonome, les six retenus représentent un tableau d'ensemble de l'activité aide-soignante. Il y a une forme de renvoi d'un récit à l'autre qui témoigne de l'existence d'un univers professionnel féminisé bien spécifique, construit socialement. Avant de nous plonger dans cet univers, nous allons, au travers d'une présentation synthétique, donner un premier aperçu des contenus des histoires de vie pour préparer le lecteur à un travail de mise en échos des propos.

## Une présentation synthétique des récits de vie

Le récit d'Anaïs Nissan est celui d'une jeune salariée sortie récemment de l'école d'aide-soignante. Elle va être déçue jusqu'à l'écœurement des établissements d'hébergement et de soins de long séjour. Nous nous sommes efforcées de montrer les processus à l'œuvre pour comprendre les motifs de cette rupture que nous verrons se produire sous nos yeux.

Energique et enthousiaste dans son travail d'aide-soignante, Anaïs va répondre présente à toutes les tâches demandées, en essayant d'aller le plus vite possible pour prendre de l'avance tout en gardant le sourire. Elle veut être intégrée coûte que coûte à la fin de son contrat à durée déterminé aux Aves. A 23 ans, après avoir connu un premier échec professionnel dans une clinique psychiatrique, elle souhaite être appréciée à sa juste valeur. Le métier d'aide-soignante est un choix positif. Pour autant les mécanismes d'épuisement au travail vont progressivement la gagner et envahir toutes les sphères de sa vie, jusqu'à l'exproprier d'elle-même, l'amener à renoncer à son métier. Il lui faudra du temps pour récupérer, encore plus pour dépasser cet échec et retrouver un équilibre de vie. Anaïs a fait l'expérience du mépris social, de l'univers hiérarchisé de la maison de retraite, d'une mécanique qui broie les subjectivités.

A la maison de retraite des Aves, au même étage qu'Anaïs, nous retrouvons Aline Gambini qui fait partie de la deuxième équipe d'aide-soignante. Elle est là depuis dix-sept ans et semble tenir le coup. C'est une ancienne agent de service qui a appris le métier d'aide-soignante sur le tas, au contact d'une infirmière. Elle a ressenti beaucoup de fierté et de plaisir à passer de la « *blouse bleue* » à la « *blouse blanche* ». Elle n'a jamais présenté le diplôme d'aide-soignante, son rapport difficile aux études et à l'institution scolaire l'a toujours tenu éloigné de ce projet. Aujourd'hui, les nouvelles recrues sont en majorité des aides-soignantes diplômées, elle se sent en position de vulnérabilité dans son emploi. Une rivalité souterraine se manifeste vis-à-vis de ces nouvelles professionnelles. Pour la direction, c'est une employée fidèle et dévouée qui ne rechigne jamais devant la tâche, mais son attitude exubérante et son franc parler ne correspondent pas (plus) à l'image qu'ils se font de la « bonne professionnelle ».

Aline a pourtant des atouts. Son énergie et son sens du collectif la font répondre présente à toutes les initiatives et demandes de la hiérarchie, ce qui la rend en fin de compte assez incontournable. Elle s'engage corps et âme dans son travail. Elle a une puissance d'agir hors du commun<sup>258</sup>. Elle s'engage affectivement dans son travail, individualise ses relations aux pensionnaires, rend des services aux uns et aux autres dans et hors son temps de travail. Elle a un appétit de rencontres et de discussions, connaît la vie de chacun. La maison de retraite est devenue une sorte de deuxième famille et elle ne peut envisager, un jour sa retraite, en coupant les liens avec les personnes âgées. Son attitude maternante et familiale vont de pair avec la construction de relations électives et des manifestations de dons / contre dons qui peuvent apparaître parfois limites d'un point de vue réglementaire.

Aline Gambini a un fort besoin de reconnaissance personnelle. Cela donne sens à son travail, contribue à son engagement en même temps que cela la rend vulnérable, lui fait manquer de discernement face à certaines situations. Mais cet aveuglement semble lui permettre aussi, de continuer à travailler malgré tout, en occultant des situations humaines difficiles et en secondarisant des tensions entre collègues ou avec la hiérarchie.

Elle mène de front sa vie professionnelle et sa vie de mère de famille, en faisant peu de concession d'un côté comme de l'autre. Lorsque ses jumelles naissent, elle prend un poste d'aide-soignante de nuit. N'ayant pas de famille à proximité, excluant la possibilité de mettre ses enfants en crèche, elle ne va pas dormir plus de quelques heures par jour pour s'occuper de ses filles. C'est à la mort de son père qu'elle s'effondrera et que la fatigue accumulée pendant sept ans, ne pourra plus être retenue. Elle repassera alors à un travail de jour, après avoir traversé une phase de déprime.

Marie-Laure Orrizo est comme Aline Gambini une ancienne salariée des Aves qui n'a pas le titre d'aide-soignante. Mais sa trajectoire professionnelle est bien différente. Elle a vécu une grande flexibilité professionnelle durant les vingt et une années passées à la maison de retraite des Aves. Elle a débuté comme agent de service et a occupé les postes de cuisinière, de lingère, de secrétaire médicale, d'aide-soignante puis à nouveau d'agent de service avant de redevenir aide-soignante. Elle a toujours accepté sans rechigner les différentes propositions, minimisant les aspects négatifs du nouvel emploi et accentuant ses bons côtés. Elle ira jusqu'à

---

<sup>258</sup> C'est une situation qui n'est pas exceptionnelle dans le milieu soignant où la suractivité est fréquente.

rendre des services aux différents membres de la direction en assurant à leur domicile des fonctions de garde malade, de baby-sitting, d'employée de maison. Mais sa serviabilité ne sera pas récompensée dans la durée. Alors qu'elle revient d'un long congé maladie, elle va être ré-affectée à l'entretien des locaux. Par rapport à son poste précédent de faisant fonction d'aide-soignante, elle le ressent comme une disqualification professionnelle. Son absence de diplôme et de statut la rendent flexible et vulnérable. Cela est renforcé dans son cas, par une manière d'être fortement teintée de soumission. Très tôt Marie-Laure a consacré son temps aux travaux domestiques. Issue d'une famille de cinq enfants, elle est l'aînée des deux filles. Elle s'occupait de tous les « hommes à la maison » et de sa mère, souvent malade, qui avait semble-t-il du mal à tenir son rôle.

Travailler en maison de retraite va signifier dans ce contexte, accéder à une certaine liberté, sortir de l'enfermement domestique. Elle va projeter son histoire sur celles de personnes âgées recherchant à combler un vide affectif hérité de l'enfance. Elle s'occupe plus particulièrement des personnes âgées les plus isolées, celles que les autres soignantes rejettent parce que trop pénibles. Elle leur vient en aide, les écoute et tente de les « consoler ». Ces histoires relationnelles sont souvent conflictuelles. Des phases de don alternent avec des phases d'exaspération au cours desquelles elle manifeste du rejet envers les personnes âgées. Elle ressent ensuite de la culpabilité et revient vers elles. Marie-Laure est prise dans des engrenages relationnels qui l'usent, avec le temps. C'est grâce à une présence concrète et un soutien actif de son mari fonctionnaire, aux horaires de travail réguliers et stables et de sa famille qui réside à proximité de chez elle, qu'elle tient le coup, arrive à conjuguer sa vie professionnelle et sa vie de famille.

Les deux récits suivants se déroulent à la maison de retraite publique des Abeilles. Tout semble opposer Irène et Joséphine, ces deux aides-soignantes<sup>259</sup> qui ont été à un moment donné en conflit ouvert. Au travers des angoisses d'Irène, ce sont les mécanismes de défense, l'envers du décor de l'univers soignant qui nous est dépeint. Joséphine Roche quant à elle, est dans la résistance. Elle lutte pour préserver des valeurs morales. Elle est animée par un fort souci éthique envers les personnes âgées, ce qu'elle paie parfois au prix fort, mettant en jeu sa santé, subissant un relatif isolement de la part de ces autres collègues.

---

<sup>259</sup> Elles sont diplômées toutes deux dans le cadre de la formation professionnelle continue.

Irène Nissan nous présente la peur des « bien portants » qui côtoient quotidiennement les malades, personnes vieillissantes au seuil de leur mort. Le langage adopté est souvent cru, sans fard, parfois violent. Nous sommes aux premières loges de la souffrance et le sadisme ordinaire est ici affiché au grand jour. La routine, la technicisation des tâches, la robotisation des gestes répondent aux cadences demandées et à la technicisation croissante des tâches. Irène met à nu le système de réification d'une institution d'enfermement en se faisant une représentante zélée. C'est à une lutte incessante qu'elle doit se livrer, n'ayant de cesse de renforcer ses mécanismes de défense pour ne plus voir l'autre, ne plus être affectée et ne pas se sentir responsable. Elle mène une forme de combat à la Sisyphe, impuissance à sauver de la mort. Elle ressort à chaque fois exténuée de ces combats. La maison de retraite est vécue comme une tombe de laquelle on ne sort pas. Cela représente une menace narcissique en même temps qu'un refuge protecteur qu'elle ne peut quitter. Le départ de son père, directeur de la maison de retraite au début de vie active, est vécu comme un abandon dont elle ne se remet pas. En quête de protections et de reconnaissance à la recherche d'une sécurité perdue, elle ira jusqu'à monter un syndicat...

Joséphine Roche, a quitté le monde de l'usine pour pénétrer celui des soins. Elle a tout d'abord été agent de service avant de devenir aide-soignante dans une clinique. A l'âge de 32 ans, elle passe son diplôme ce qui constitue pour elle un véritable défi personnel. Elle aurait aimé continuer sur sa lancée en passant le concours d'infirmière. La crainte de l'échec, la nature de l'investissement demandé sur trois ans sont trop importants pour elle, qui est par ailleurs mère de deux enfants.

Elevée de manière stricte dans une famille de minier, elle en a gardé une rigueur et une exigence de la tâche accomplie qu'elle transpose facilement dans son travail. Elle a un sens puissant du devoir et se veut être au service des patients, sans relâche, ni concession. Elle se heurte à ses collègues, ne supportant pas les ruses et autres mécanismes de défense à l'œuvre pour se protéger. Isolée, ne voulant pas dénoncer certaines des pratiques de ses pairs envers les pensionnaires de la maison de retraite, elle repasse derrière chacune d'elles ce qui l'épuise et la fait souffrir. A la suite d'un début de dépression, elle est affectée au foyer logement des Abeilles. Une fois quittée l'univers réifiant de la maison de retraite et son collectif d'aides-soignantes, elle s'épanouira dans ce nouveau espace où elle travaille seule, manifestant une forte empathie envers les personnes âgées. Elle a une vie familiale équilibrée et une vie sociale riche, ce qui l'aide à trouver les ressorts nécessaires pour tenir et continuer à faire son

travail en faisant preuve de beaucoup d'humanité. Les problèmes de lombalgie sur lesquels elle reste discrète sont tout de même une menace à terme pour sa santé.

Nous clôturons cette partie avec Simone Alazard. Son récit peut être vu comme une sorte de condensé des précédents, en même temps qu'il ouvre sur une diversité d'expériences professionnelles. C'est dans la singularité de sa vie traversée d'expériences dramatiques que nous toucherons des thèmes assez génériques comme l'épuisement professionnel, l'hyperinvestissement dans le travail, le don de soi... Chemin faisant, tout au long de son récit, nous découvrons en toile de fond l'âpreté des structures de soins. Les collectifs de travail dans lequel elle s'épanouit deviendront à certains moments des lieux de trahison et de souffrance. Elle se trouvera plusieurs fois en butte face à une hiérarchie pesante et nuisible.

Simone Alazard a vécu son enfance avec un frère aîné handicapé mental dont elle s'occupait beaucoup, une mère juive traumatisée par la déportation de toute sa famille pendant la deuxième guerre mondiale et des parents qui se disputaient régulièrement jusqu'à leur divorce. Pour autant, les valeurs morales de générosité et d'entraide qui semblaient animer ses parents, ont joué comme un modèle constructif. La maison familiale était une sorte de petit hôpital où l'on recueillait les membres de sa famille en situation de dépendance qui étaient malades ou infirmes. Ce vécu marquera son histoire. Elle n'envisage pas de consacrer son temps à autre chose qu'aux autres, pour leur venir en aide, ce qu'elle fait avec une énergie considérable. Dans le travail elle va déployer une puissance force d'agir hors du commun. Elle va cumuler deux emplois, travaillant de jour comme de nuit comme aide-soignante.

Son parcours scolaire a été chaotique. Sans diplôme, elle a une revanche sociale à prendre. Entrée au départ comme agent de service dans un centre de rééducation fonctionnelle, elle suit avec facilité la formation interne d'aide-soignante qui ne nécessite pas, à son époque, le passage par un concours d'entrée et obtient ainsi le titre. A l'âge de 39 ans, elle envisage de postuler aux concours d'entrée des instituts de formations pour devenir infirmière. Echouant de peu, elle garde un goût amer de cette expérience, elle qui se donne sans compter dans son travail et qui a été, à plusieurs reprises, employée comme faisant fonction d'infirmière pour dépanner la hiérarchie en pénurie de personnel.

Au lendemain de cet échec, elle ne va plus accepter cette situation de faisant fonction. Elle va prendre de la distance avec les structures de soin et se recentrer sur sa famille. C'est dans ce

contexte qu'elle va devenir accueillante de personnes âgées, à son domicile. Sa première expérience sera un échec. Ne marquant pas assez de distance entre elle et la personne accueillie, projetant trop de son histoire sur cette dernière, elle va se retrouver piégée et devra rompre le contrat d'engagement.

Sa puissance vitale est confondue avec ce besoin de donner et de garder l'autre en son sein. Simone Alazard trouve une grande énergie dans ce mouvement qui l'ouvre aux autres mais qui aussi l'aliène et la conduit, plusieurs fois, au bord de l'épuisement professionnel.

## **Anaïs Nissan, une aide-soignante au début de carrière brisée.**

Le témoignage d'Anaïs est un récit désenchanté. Elle restera 15 mois, en remplacement d'une aide-soignante partie en congé parental, et quittera la maison de retraite en juin 2000 ; elle a alors 23 ans. Aux yeux de la direction, elle apparaît comme une professionnelle de qualité, intelligente et dynamique. L'infirmier en chef nous fera son éloge et nous laissera entendre qu'ici son avenir est assuré. De son côté, Anaïs va se sentir de plus en plus fragilisée à la maison de retraite, elle masquera l'ampleur de son mal-être physique et psychique à ses collègues de travail. Elle l'évoquera au cours d'un premier entretien sur son lieu de travail. nous la reverrons une deuxième fois, un an après son départ de la maison de retraite, au domicile de sa mère où elle réside alors.

### **Une salariée déterminée et motivée**

*« J'étais contente de rentrer dans cette maison de retraite. Je me suis dit, enfin, je vais avoir mon vrai travail (...) Quand je suis arrivée, j'aurais déplacé des montagnes parce que je voulais le C.D.I. »*

Anaïs nous dira qu'elle faisait tout pour être titularisée au début de son contrat, dans l'établissement. Nous l'avons vu travailler à un rythme soutenu, se fixant parfois des exigences au-delà de ce qui était demandé. Elle se faisait, par exemple, un point d'honneur à finir les toilettes des résidents avant 11 heures alors que cela n'était exigé que les lundis pour la réunion de service hebdomadaire<sup>260</sup>. Elle se présente comme une personne battante, toujours aimable et souriante. On la sent à l'aise dans son travail et dans l'institution.

Elle est intégrée dans une équipe de travail et ses autres collègues sont toutes de jeunes diplômées comme elle. Elles partagent les mêmes sujets de conversation, les mêmes référents culturels et une bonne complicité les unissent.

Si elle reconnaît que tout le personnel de soin, les aides-soignants comme les infirmiers, ont “ *trop de travail* ” et qu'une partie du travail infirmier est déléguée aux aides-soignantes, elle ne remet pas cela en cause et dit seulement, “ *que c'est mal organisé* ”.

---

<sup>260</sup> Finir avant 11 heures permet de s'accorder une pause qui n'est pas prévue dans l'emploi du temps des aides-soignantes.

Lors de notre première rencontre, elle aura tendance à minorer l'intensité de son travail. Sur la question de la quantité de toilettes assurées tous les matins, Anaïs Nissan se défendra en répondant, « *Je ne peux plus rien dire, j'ai un service allégé, j'en ai 11* », intériorisant par là les exigences de la direction. Pour être sûre d'avoir fini les toilettes à temps, elle passe en moyenne 9 minutes par personne<sup>261</sup>, au lieu des 20 qui sont la norme tacitement reconnue par la profession pour faire correctement ce travail. Lors de notre deuxième entretien, alors qu'elle a quitté la maison de retraite, elle modifiera la teneur de ses propos mettant l'accent sur la charge de travail, se plaignant de son augmentation.

*« - A un moment, aux Aves, ce n'était plus une maison de repos, c'était un hôpital. C'est à dire qu'on acceptait tout et n'importe quoi, y compris des gens qui allaient mourir, alors que c'était pas du tout notre truc les gens grabataires, on a eu des légumes, on a tout eu. Ce qui fait qu'on n'avait plus aucun service de maîtrisé. Moi, à la fin, au lieu de me retrouver avec 8 toilettes comme au début où c'était le régal, je me suis retrouvée avec 15 toilettes.*

*- Lorsqu'on s'était vu et que j'avais travaillé avec toi, tu en avais 11.*

*- Oui, 11 mais c'était par roulement, par moment, j'en avais 13, plus les copines qu'il fallait aider. Et au plus tu leur disais au staff que ça n'allait pas du tout, au plus ils te disaient : faudrait voir là, vous devez monter au quatrième et Laïla doit descendre au premier. Laïla et moi, au bout d'un moment, on a gueulé. Non seulement, il fallait faire toutes nos toilettes, mais aussi se farcir celles des autres étages, attendez on n'est pas surhumaines... »*

A côté de la charge de travail, c'est la question de la délimitation des compétences, des frontières professionnelles qui est posée par Anaïs.

*« Ici on donne le médicament. Bon, on le fait mais c'est pas légal. Les dextro, on les fait aussi, ça allège le travail du personnel infirmier. S'il faut faire des insulines, on sait les faire aussi parce que nous, on l'apprend ici mais on n'a pas de base. On sait à quoi ça sert parce qu'ils nous expliquent, mais ça s'arrête là. Même s'ils nous apprennent, ils nous apprennent à leur façon et ça veut peut-être pas dire que ce soit encore à l'ordre du jour. Il faudrait qu'on apprenne à l'école pour pouvoir bien faire. »*

---

<sup>261</sup> Effarée par la rapidité des toilettes, nous déciderons de regarder, montre en main, le temps passé auprès de chaque pensionnaire. Nous referons ce test auprès d'une autre aide-soignante pour confirmer nos résultats.

Anaïs n'est pas légaliste mais soucieuse de la sécurité et de la qualité du travail accompli. A ce titre, elle regrette qu'une partie des gestes techniques infirmiers qu'elle fait quotidiennement, ne lui aient pas été enseignés à l'école. En même temps qu'ils génèrent un travail supplémentaire, ces actes peuvent aussi être vus comme des éléments de valorisation. Si Anaïs fait preuve de souplesse d'adaptation quand il s'agit de prolonger son travail en faisant des piqûres d'insulines ou en prenant la tension, elle est un peu plus réservée quant à une extension de son emploi du côté de l'animation. Pour autant, comme elle constate une carence globale dans la vie de l'établissement sur ce sujet et elle va s'y engager avec une collègue aide-soignante, Monique. A elles deux, elles organiseront des séances d'animation certains après-midi, en retireront un réel plaisir, malgré les difficultés de mises en œuvre au sein de la maison de retraite. Elle retirera de cette expérience une certaine fierté.

*“ Moi ça ne me dérangerait pas de faire l'animation, mais on n'a pas été formé pour ça. On pourra toujours faire des coloriages, des découpages, mais manuellement ils n'apprendront rien, il faudrait que l'animatrice vienne plus souvent, mais c'est toujours pareil il faut des sous et des sous ils n'en ont pas ”.*

*“Avec Monique, on s'était vachement impliquées dans l'animation. Parce que les voir, les après midi, devant les “ feux de l'amour ”(feuilleton télévisuel) ou affalés dans le canapé, non !”*

Face à des décisions managériales contestables, des comportements autoritaires de sa hiérarchie, Anaïs n'exprime pas ouvertement ses ressentis. Elle adopte parfois un ton ironique, faisant preuve d'un certain humour acide, mais elle se plie aux exigences institutionnelles, tout en défendant ses idées et les faisant valoir sur le terrain.

*« En animation, on avait dit qu'on allait essayer de faire un truc sympa avec de la pâte à sel. Monique et moi, on le suggère à Maurice (l'infirmier en chef) qui nous a dit qu'au niveau du budget, c'était pas bon. Avec Monique, on s'est dit que ce n'était pas grave, qu'on allait se l'acheter nous-mêmes. Qu'est-ce qu'il fallait qu'on fasse ? On n'allait pas laisser ces pauvres vieux ainsi. Quand ils nous ont vu venir avec notre farine, ils se sont vexés quand même... Après on a eu de la pâte à modeler, puis encore après, de la peinture. Il voulait qu'on fasse de l'animation mais quand on demandait à avoir des feuilles de papier, on avait l'impression qu'on leur demandait le monde. On allait voir Annie (la secrétaire de direction) pour du papier pour qu'ils colorient ou qu'ils écrivent à leurs enfants. A la fin, on allait se servir dans*

*la photocopieuse, tant pis. Quand ils ont vu qu'on s'investissait pas mal, ils ont appelé une animatrice extérieure. Au début, elle devait venir que deux fois par semaine et après ça a été tous les jours. Maintenant, il y a pas mal d'animations pour les anniversaires par exemple. Monique et moi, on est assez fières de ce qu'on a fait. »*

L'attitude d'Anaïs est conforme à l'image que la direction se fait d'une bonne salariée. Elle est souriante, œuvre avec dynamisme. Elle travaille de manière rapide sans se plaindre outre mesure, ni adopter une attitude servile qui pourrait nuire aux nombreuses initiatives qu'elle doit prendre dans son travail quotidien. Reconnue comme vive et intelligente par l'infirmier en chef, elle est plutôt écoutée lorsqu'elle émet des critiques sur le fonctionnement de la maison de retraite, même si elle n'a pas toujours le sentiment d'être écoutée<sup>262</sup>. Elle exprime par là son implication à la vie de l'établissement, sans être dans la revendication ouverte. La seule fois où nous l'entendrons parler de manière critique de la maison de retraite, ce sera en réunion de service, lorsque le médecin, directeur-adjoint de la maison de retraite, annonce qu'il va organiser des cours de « remise à niveau » obligatoires pour les aides-soignantes, avec des évaluations de connaissances à la clef.

Par cette opération, la direction, sans l'afficher ouvertement, souhaite donner une base de savoirs communs à l'ensemble de son personnel notamment pour les plus anciennes qui n'ont pas le diplôme d'aide-soignante et qui « font fonction »<sup>263</sup>. Pour les personnels contractuels ou en contrat à durée déterminé comme Anaïs, la mise en œuvre de ces contrôles notés, laisse planer un enjeu autour de la titularisation, un procédé qu'elle rejette vivement. Elle se sent en position de force et revendique ses compétences certifiées par un diplôme national<sup>264</sup> qu'elle a passé il y a peu de temps. Aussi s'autorise-t-elle à faire entendre sa voix, à remettre en cause la légitimité de cette notation et ce d'autant plus qu'elle admet mal de venir sur son temps personnel, les jours des contrôles.

---

262 Ces critiques sont moins écoutées lorsqu'elle fait part de remarques concernant l'évolution de la santé des pensionnaires dont elle a la charge.

<sup>263</sup> Voir récit de vie d'Aline Gambini à ce propos.

<sup>264</sup> Anaïs est très sensible à cette question de la reconnaissance des titres professionnels et elle est assez sévère vis-à-vis des faisant fonctions qu'elle ne trouve pas assez qualifiées, ne mettant pas toujours en œuvre les « bons gestes » et manquant de réflexes professionnels. Sa critique se traduira par des moqueries envers les collègues de l'autre équipe où se retrouvent la plupart des salariées faisant fonctions...

## Une orientation professionnelle choisie et un métier revendiqué

En sortant deuxième de la région, Anaïs réussit brillamment son concours d'entrée au CAFAS<sup>265</sup> dans la foulée de son BEP sanitaire et social, ce qui est un cas de figure peu fréquent. Le plus souvent, plusieurs années séparent les deux diplômes. Elle se décrit comme quelqu'un qui n'a pas de facilité particulière au niveau des apprentissages scolaires, mais elle y arrive à force de persévérance et de ténacité. Son engouement pour la biologie donne force à son investissement. Elle va découvrir sa motivation pour travailler dans le domaine de la santé puis auprès des personnes âgées ce qui la guidera dans ses choix d'orientation professionnelle.

*« (...) De l'école, j'ai un bon souvenir. J'ai quitté Paris en CMI en milieu d'année pour venir ici dans le sud, mais comme je n'avais pas les bases nécessaires, on a été obligé de me faire redoubler. J'ai ensuite poursuivi ma scolarité normalement et, arrivée en troisième, il fallait choisir sa voie. Franchement, je n'en avais aucune idée alors j'ai décidé d'aller voir un centre d'orientation. J'ai fait des tests, il en est ressorti que j'étais faite pour la santé : infirmière, kiné... Alors, elle (la conseillère) m'a fait bifurquer sur un BEP « carrières sanitaire et sociale ». A la base, je voulais faire un BEP parce que je ne savais pas trop ou j'en étais, donc j'ai dit, je préfère perdre des années mais, à la fin, savoir vraiment où j'en suis, savoir ce que je veux faire.*

*- Des fois quand on ne sait pas ce qu'on veut faire, on se dit, je continue jusqu'au bac ?*

*Justement non, j'avais peur de pas être assez prête pour passer un bac qui, de toute façon, n'allait pas me donner grand chose. J'aurais peut-être pris littéraire et, si ça se trouve, je me serais également retrouvée aide-soignante. Donc, en fait, elle (la conseillère) m'a vraiment bien orientée, je suis vraiment heureuse d'être tombée sur cette femme. Elle m'a dit, un BEP serait bien pour toi - car je n'avais pas un niveau flagrant en 3<sup>ème</sup> et je n'étais vraiment pas trop faite pour les études – alors elle m'a mise en BEP. J'ai passé deux années où j'ai vraiment donné tout ce que j'ai pu parce que ça me plaisait. J'ai fait un stage de trois semaines en maison de retraite et, à la fin du stage, j'ai dit, voilà ce que je veux faire. Je veux faire aide-soignante. Le deuxième stage du BEP s'est fait en crèche, et le dernier stage qui était au choix, j'ai repris une maison de retraite pour être sûre de moi, de ce que je voulais*

---

<sup>265</sup> Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignante (CAFAS), un diplôme de niveau V certifié par le ministère des affaires sociales et de la santé qui s'appelle aujourd'hui diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS). Voir annexe et JO, 1994 et 1997.

*faire.... Donc j'ai dû annoncer à ma mère que je ne passerais pas mon bac, que j'allais faire le concours d'entrée d'aide-soignante. Elle a été un peu déçue, parce qu'elle s'était toujours dit qu'elle me verrait plus infirmière qu'aide-soignante. J'ai dit que je ne voulais pas être infirmière. »*

(Premier entretien)

Anaïs refuse de se projeter en infirmière, un métier qu'elle critique vivement, même si elle s'en rendra compte au cours de son expérience professionnelle ultérieure, le statut d'aide-soignante en maison de retraite privée est peu rémunérateur et ne lui offre pas beaucoup d'indépendance financière. Elle défend le métier d'aide-soignante en accentuant la dimension relationnelle.

*« Ça ne me plaît vraiment pas d'être infirmière. On n'est pas assez près des personnes. Je les plains plus qu'autre chose les infirmiers parce qu'ils n'ont vraiment plus le temps de s'occuper des personnes âgées. C'est le cas de Natacha et Lionel (deux infirmiers salariés de la maison de retraite), ils n'ont plus le temps de rien. Ils doivent préparer les comprimés, ils doivent faire les pansements, ils ont le côté administratif... moi je n'ai pas envie. Au moins, (en étant aide-soignante) je les ai (les pensionnaires) toute la journée, je réponds à leurs questions, je suis là, ils le savent, c'est vraiment ce que j'avais envie de faire et pas autre chose...Les infirmières, plus ça va, plus elles deviennent des secrétaires médicales. »*

Au-delà de ce refus d'exercer le métier d'infirmière, il y a aussi le désir de se stabiliser et d'avoir rapidement une indépendance financière en devenant aide-soignante. Anaïs Nissan a dû faire un prêt bancaire pour financer sa formation d'aide-soignante, sa mère, vendeuse dans une maison de la presse, ne pouvant pas la lui payer. Par ailleurs, elle s'entend mal à la maison avec son beau-père et a le désir de quitter rapidement le foyer familial pour vivre avec son ami.

*« On s'est attrapé avec mon beau-père. J'ai dit : écoutes j'ai 20 ans, j'ai un père, j'ai déjà une mère, je n'en ai pas besoin d'un troisième. J'ai déjà mes stabilités, elles sont très bien. » Et lui il disait que soi disant, j'étais mal élevée. J'ai dit : “ bon, écoute, ça ne va plus, je ne veux pas que ma mère soit malheureuse à cause de nous deux, donc c'est moi qui pars ”. Et j'ai pris mon appartement. Mais j'étais bien contente aussi parce que de toute façon je*

*comptais le faire incessamment. Ça s'est fait plus vite, j'ai gagné six mois, mais de toute façon c'était prévu."*

Les parents d'Anaïs ont divorcé alors qu'elle avait 8 ans, tout en continuant à se voir jusqu'au début de son adolescence : *"ils se sont séparés puis remis ensemble"*. Son père a fait sa carrière dans la police, il est devenu commissaire au fil des années, à force de mobilités géographiques. Sa famille va le suivre et déménager tous les 3-4 ans en région parisienne et dans le sud de la France où Anaïs restera vivre, une fois que son père aura définitivement quitté le foyer conjugal. Elle s'y retrouve avec sa mère, son frère aîné puis quelque temps après, avec le nouvel ami de sa mère. Face à une certaine instabilité familiale géographique et affective, Anaïs devient rapidement mature. Elle cherche des bases solides et elle construit son avenir professionnel de manière rationnelle et raisonnée. Elle mûrit son projet professionnel en écoutant des professionnelles aides-soignantes parler de leur métier, se renseigne sur les bonnes écoles de formation d'aide-soignante de sa ville. Elle va s'engager dans cette voie, sans idéaliser le travail qu'elle sait parfois ingrat et difficile mais qu'elle trouve lui correspondre. L'implication relationnelle qu'il suppose, l'attire.

*« - J'avais une amie de ma mère qui était aide-soignante. Quand elle rigolait elle disait : "voilà, j'ai nettoyé des culs toute la journée". Et moi je m'étais dit, non, nettoyer des culs, ça je ne pourrais pas le faire. C'est sale, c'est pas bien. Et maintenant je le fais.*

*- Et est-ce que tu ressens que c'est sale ?*

*- Non, puisque c'est un besoin, puisque je leur fais du bien. C'est sûr que ce n'est pas la joie, ce n'est pas la rose. Ce n'est vraiment pas un métier où on vient tous les matins en se disant chouette. Mais c'est un métier qui me plaît. Maintenant je le vois moins comme "je vais laver des culs", ce n'est pas du tout ça pour moi. Moi je vais faire une toilette à une personne qui en a besoin, à qui ça va faire du bien (...). J'ai su que c'était ce que je voulais faire, parce que vraiment on se sent utile, on se sent bien. Franchement, j'ai l'impression de servir à quelque chose. Je ne dis pas que les autres métiers ne servent à rien, loin de là, mais je me sens utile pour eux. Et ça, à mon avis, c'est tout simplement ce qu'il me fallait. »*

En revendiquant une dimension relationnelle forte dans son travail, Anaïs Nissan met son savoir-faire d'aide-soignante au service des personnes âgées fragiles ou malades et se sent investie d'une mission utile et « noble » par opposition aux tâches « ingrates » qu'elle effectue. Elle réalise des actes d'aide et de soins avec assurance et bonne humeur.

Lorsqu'elle parle de la dimension relationnelle de son travail, il ne s'agit pas tant pour elle de connaître l'histoire de vie des pensionnaires et d'échanger personnellement avec eux. Il s'agit plutôt d'effectuer son travail avec professionnalisme, dans un souci de qualité des soins apportés et de suivi du travail engagé. C'est ce qui l'éloigne d'une conception relationnelle plus familiale telle que peuvent les vivre Marie-Laure Orrizo ou Aline Gambini<sup>266</sup> que nous présenterons plus loin.

*Avant, j'essayais de faire marcher M. Lebri après sa toilette, de son fauteuil jusqu'à la salle de bain, en sécurité. Après je ne pouvais plus. Et des fois il me disait : " on ne marche pas ce matin ? " Je lui répondais : " André, ce n'est pas possible ce matin, j'ai trop de toilettes. Si j'ai le temps, je vous ferai marcher. Mais je n'avais pas le temps."*

La finalité des actes s'inscrit dans une dynamique soignante d'aide et de préservation dans l'autonomie des soins. Lorsqu'elle ne pourra plus mettre en œuvre cela, le sens de son intervention va être profondément altéré.

### **L'histoire d'un processus de désenchantement**

Au nom d'une certaine efficacité, pour atteindre les objectifs que lui fixe son employeur, Anaïs va progressivement être amenée à se désengager de plus en plus fortement vis-à-vis des pensionnaires au fur et à mesure que son usure professionnelle va s'accroître. Sans qu'elle ne s'en rende vraiment compte au début, elle va se retrouver prise dans un cercle vicieux. Au fur et à mesure qu'elle va répondre aux exigences de la direction, celle-ci en émettra de nouvelles sur la base d'un effectif constant, en recevant des personnes âgées plus lourdement handicapées et en faisant tourner son personnel dans les étages. Progressivement, Anaïs va réaliser qu'elle passe devant les personnes âgées en les ignorant<sup>267</sup>, en évitant d'entendre leurs plaintes et leurs demandes.

*« J'avais perdu 5 kilos, on n'en pouvait plus. Les vieux, on leur adressait pratiquement plus la parole tellement qu'on était sur les nerfs. On mangeait vite et tout nous restait sur*

---

<sup>266</sup> Cf. histoires de vie ci-après.

<sup>267</sup> Des faits dont nous serons témoin au cours de notre travail d'observation participante.

*l'estomac. Au moment de la digestion, tu es mal, donc tu es mal avec eux. Ce n'était pas le but. »*

C'est à un combat intérieur quotidien qu'elle se livre, prise entre son désir de rester humaine et sécurisante vis-à-vis des personnes, notamment les plus désorientées, et l'intensité de son travail, qui la conduit à fuir tout contact relationnel véritable, à vivre le pensionnaire comme une charge.

*« Moi je vois, ça fait un an maintenant que je suis là sans vacances, sans rien. On est là tous les jours, il y a certains matins tu te lèves, tu te dis, je n'ai pas envie. Ils (les pensionnaires) vont encore me parler, ils vont me saouler, ils vont me dire, Anaïs, Anaïs. Tu te dis, je n'ai pas envie. Certains matins, ils vont m'appeler et je vais dire oui et puis je vais partir. Et après je m'en veux, je me dis, pourquoi tu t'es pas arrêtée, alors je retourne dans la chambre, je m'assois, je parle, ça va mieux, mais j'ai perdu dix minutes<sup>268</sup>. Dix minutes qui lui ont fait du bien à elle mais qui à moi, à mon ulcère, me font encore plus mal parce que je vais être en retard de dix minutes, il y a le staff, il y a la salle à manger, il y a le ... et donc là je suis en train d'exploser. Je sais que j'arrive à un stade où il faut que je parte d'ici.*

Donner des douches à la chaîne en y consacrant moins de dix minutes par personne, c'est réduire le contact à des techniques d'hygiène et s'exposer à des conflits avec les pensionnaires par manque de temps de discussion. En fait, l'enthousiasme d'Anaïs qui pensait faire le “ *plus beau métier du monde* ”, va être battu en brèche devant l'ampleur de la tâche.

*« Pour moi je faisais le plus beau métier du monde, c'était ce qu'il me fallait, c'était ce que j'aimais, je prenais mes plaquettes, j'abattais un travail ! Alors que là, je traîne les pieds, je n'ai pas envie, je n'ai pas envie. Après tu rentres dans une routine, tu fais toujours pareil, toujours pareil. De toute façon, quand tu rentres en maison de retraite, tu sais que tu feras toujours pareil, parce que ça change pas sauf s'il y a un décès, c'est la seule chose où s'il y a une entrée, mais sinon c'est toujours pareil. Quand tu signes en maison de retraite, tu le sais. Mais là, je suis fatiguée, moralement fatiguée. »*

---

<sup>268</sup> Nous avons été témoin d'une pareille scène avec Anaïs. Contrairement à ce qu'elle affirme ici, elle n'a pas rebroussé chemin pour aller voir la personne âgée qui l'appelait, trop préoccupée par le travail à finir. C'est un comportement que nous observerons fréquemment chez d'autres aides-soignantes.

Anaïs s'est faite piéger à son propre dynamisme : *“ ils m'ont écœurée des maisons de retraite ; ils nous demandent beaucoup, toujours, toujours, toujours ”*. Elle va reprendre des éléments qui ont contribué à son “ écœurement ” et se remémorer ce qui aurait dû l'alerter dans les premiers temps de sa prise de fonction.

*“ Quand moi j'ai commencé ici, le manque de personnel ça m'a fait peur. Le premier jour, je suis arrivée à sept heures, déjà j'avais les comprimés à distribuer ce que je n'ai pas compris. En plus, il fallait faire aussi les gouttes et poser les timbres, ce que j'ai encore moins compris. Et j'attendais, j'attendais l'autre aide-soignante. Au bout d'un moment, je suis allée voir la femme de service, Marie-Laure, et je lui dis : “ mais l'autre aide-soignante, elle commence à quelle heure ? ” Elle me dit : “ il n'y en a pas ”. “ Ah, je suis seule pour le service ? ” Elle me répond : “ oui ”. “ Ah bon ? Je ne savais pas ” (dit d'une petite voix étranglée).*

*“ Moi je suis arrivée, déjà on m'a dit, Anaïs il ne faut pas fumer, tu manges à telle heure, tu fais ci, tu fais ça... Je suis tombée de haut<sup>269</sup> ... ”*

Durant la période où Anaïs va travailler aux Aves, la direction va accroître ses exigences en matière de propreté et en matière de relations de service à la personne, en développant l'animation notamment.

*« On est en train d'abattre un travail... bientôt, presque ils nous demanderaient de passer le balai et de laver par terre, si on avait le temps. Si on avait le temps, on le ferait. Comme on dit, ça suffit, on en a assez, c'est bon. Et encore ils estiment, comme nous disait Maurice (l'infirmier en chef), que l'après-midi on ne fait pas grand chose. Il faut voir, parce que c'est vrai qu'il y a des après-midi où on ne fait pas grand chose, parce qu'il y aura pas grand chose à faire. Mais par exemple un après-midi, il va y avoir quelqu'un qui va être malade et on va devoir passer toutes les heures ou toutes les demi-heures. Et puis il va y avoir les couches et puis les sonnettes et puis il va falloir les faire boire, il va falloir les faire descendre, il va falloir les faire remonter, il va falloir ... C'est vrai qu'il y a des après-midi où on ne fait pas grand chose. Enfin, on ne fait pas grande chose, on fait quand même le café*

---

<sup>269</sup> Anaïs a travaillé trois mois en libéral au noir, à la sortie de sa formation diplômante, pour le compte d'infirmières dans un quartier de la ville où elle habite. Elle faisait les toilettes les plus simples, qui ne nécessitaient pas de soins particuliers complémentaires. Elle a gardé de cette expérience un sentiment d'indépendance et d'autonomie dans le travail, un grand plaisir qu'elle n'a jamais retrouvé - et toujours regretté - lorsqu'elle est devenue salariée.

*au lait, on range (le linge dans) les armoires, on en fait quand même, mais ce sera jamais suffisant pour eux, parce qu'ils auront toujours vu mieux ailleurs. Et ça, va leur faire comprendre, on aura toujours beaucoup de mal. »*

Anaïs a du mal à contrer les propos de l'infirmier chef lorsque celui-ci explique que la charge de travail des aides-soignantes n'est pas aussi lourde qu'elles le prétendent. Anaïs reconnaît d'ailleurs une certaine véracité à ces propos. En restant sur le même mode d'analyse que son supérieur hiérarchique, elle ne peut remettre en cause sa logique d'argumentation. Elle se piège elle-même ne faisant que nuancer son propos par l'introduction du caractère non prédictif et aléatoire de son activité. En justifiant son travail par le nombre de tâches à réaliser dans un laps de temps pré-défini, elle passe sous silence la charge physique et psychique qui les accompagne et occulte la dimension relationnelle. Cette difficulté à aborder les véritables raisons de son malaise va l'amener, comme la majorité de ses autres collègues, à déplacer son insatisfaction et sa colère pour se centrer sur les carences matérielles facilement démontrables. Evoquer le manque de moyen<sup>270</sup> est un discours que la hiérarchie est plus susceptible d'entendre, cela a une incidence directe sur l'efficacité et la rapidité dans le travail.

*“ Le lundi on arrive énervées, parce qu'on sait qu'on doit finir tôt puisqu'il y a le staff, mais on n'a pas le matériel. Là, aujourd'hui on a travaillé avec des serviettes, elles n'essuient pas, et les gants, quatre pour l'étage ! Là on se dit non, ce n'est pas logique. C'est ce qui m'a frappée en arrivant ici ”.*

*« Monique ne s'est pas renouvelée (elle était déléguée du personnel non syndiquée), elle a dit non, elle a beau faire ce qu'elle peut la pauvre, elle dit, je sers à rien. Elle avait demandé des gants et des serviettes avant que j'arrive, il y a plus d'un an, on en a toujours pas. On a demandé un chariot douche pour les alités pour pouvoir les doucher et leur laver les cheveux, il y en a toujours pas. Par contre on a une baignoire, le truc bien casse-gueule, avec une marche, ce qui les oblige à lever la jambe et nous à les porter, avec ça on est heureux (...) Comme là on nous dit, vous ne les faites pas boire, mais on n'a pas de gobelet. Donc on va les faire boire au robinet ? Et ça c'est la chose qui me gâche mon métier. C'est que je n'ai*

---

<sup>270</sup> Il ne s'agit pas pour nous de nier les problèmes matériels mais de montrer que dans un certain nombre de cas, comme ici, ils sont aussi le symptôme d'un mal-être plus profond. Aux Aves, les pénuries de matériels sont, comparées à d'autres lieux de soin, relativement faibles. Les aides-soignantes sont dans des locaux neufs ou entièrement rénovés et elles disposent de matériel de travail assez récent ce qui n'empêche pas un certain nombre de défaut de conception, assez irritant à la longue et des pénuries ponctuelles de matériels ou de linge.

*pas le matériel pour travailler. (...) C'est ce qui me bouffe le plus à l'intérieur. Ils nous demandent beaucoup et on n'a rien. »*

Anaïs ressent que le personnel de proximité est livré à lui-même, sans avoir les moyens de réaliser correctement les prestations qui lui sont demandées.

### **Un manque de considération professionnelle et un sentiment d'humiliation collective.**

L'intensité du travail, sa réduction aux dimensions instrumentales, les nombreux contrôles subis, le manque de matériels, ces éléments s'ajoutent pêle-mêle faisant croître le malaise d'Anaïs. Le manque de considération de la hiérarchie médicale et la faible prise en compte de sa parole de soignante vont l'affecter plus profondément encore. Les aides-soignantes sont considérées comme simple personnel d'exécution.

*« Je me rappelle quand Germain n'allait pas bien. J'ai dit qu'il allait nous refaire la période où il buvait énormément et pissait de partout et se vidait. Une horreur ! On (Natacha, une infirmière salariée) m'a regardée et on m'a dit " c'est pas ton problème, t'es qu'une aide soignante ! " J'ai dit : " bon, pas de problèmes mais je vais quand même le signaler à Maurice (l'infirmier en chef), car ça fait partie aussi de mon travail de dire si la personne va bien ou pas. Bon, je l'ai dit à Maurice qui s'en est foutu complètement. Alors je l'ai marqué sur le cahier. Trois jours après, qui est-ce qui boit et qui se vide ? Germain. On arrive au staff. " C'est pas possible, personne ne l'a signalé ! dit Maurice. J'ai dit : " ne bougez pas " et je suis partie, je suis allée chercher le cahier. " Voilà, alors on fait quoi ? " Maurice tout de suite : " mais tu me l'as pas dit ! ". Je l'avais dit à Nadine (une infirmière) et à Maurice qu'il n'allait pas bien et qu'il fallait réagir, personne n'a rien dit, voilà le résultat. Et puis Laruelle (le médecin) a réparé la chose en disant, " de toute façon on n'aurait rien pu faire." Après ça, ce n'est même plus la peine de discuter ! »*

La fonction d'alerte des aides-soignantes n'est pas ici reconnue, elles doivent rester de simples exécutantes, c'est ce que signifie Natacha l'infirmière à Anaïs. Mais lorsqu'un problème auprès d'un pensionnaire arrive et que la hiérarchie essaie d'identifier les responsabilités, les aides-soignantes, les plus proches physiquement des pensionnaires, sont mises en première ligne d'accusation. Cette situation révolte Anaïs qui le vit comme une profonde injustice. Par cet exemple, on voit aussi se dessiner un conflit d'intérêt entre le corps

des infirmiers et celui des aides-soignants. Revendiquer la fonction d'alerte, c'est se rapprocher symboliquement du pouvoir médical en participant d'une fonction de pré-diagnostic, c'est donc revendiquer une certaine reconnaissance médicale dans son travail. Le médecin, de la place qu'il occupe, va juguler la tension qui se crée en donnant son avis qui va jouer comme argument d'autorité supérieure et irréfutable.

Le manque de considération va se rejouer à deux autres reprises. Un accident de travail sans gravité mais non négligé par sa hiérarchie, puis une accusation collective de vol<sup>271</sup> portant sur la disparition de linge de corps des pensionnaires lors d'une réunion de service, vont continuer de l'affecter profondément. Cela va la renvoyer à sa position de dominée au sein de l'institution et à sa condition de modeste salariée faiblement rétribuée<sup>272</sup>.

*« Quand on reçoit la fiche de paye, je rigole et Laïla pleure des nerfs. On se dit, on a travaillé douze heures par jour, on fait des remplacements pour être sympas, et moi je vois, j'ai manqué deux heures parce que je devais aller voir un médecin, elle (la secrétaire de direction) me les a décomptées. Il y avait deux heures ! Là j'ai dit, ce n'est pas sympa, parce qu'on reste des fois le soir pour aider, on commence plus tôt le matin, on vient remplacer, on n'hésite pas ... Depuis moi, je ne viens plus, elle a tout perdu, alors qu'on était prêt à venir tous les jours de la semaine pour aider. Vendredi, elle (la secrétaire de direction) est venue nous voir et elle nous a dit, il me manque quelqu'un jeudi, vous pouvez ? J'ai dit, moi non, je me repose. On n'a plus envie. »*

### **L'indifférence affichée à son état de santé, une blessure qui reste.**

Lors de notre premier entretien, Anaïs Nissan nous relate un petit accident de travail. Au cours du deuxième entretien, un an et demi plus tard, elle nous le raconte d'une manière sensiblement différente. Quelle que soit la façon dont les faits se sont déroulés, il est important de noter ici, le sentiment de désillusion qui découle de cette blessure. Au travers de cette expérience, elle se rend compte qu'on ne la considère pas en tant que personne mais plutôt comme une force de travail utile, qui doit toujours être en bon état de marche.

---

<sup>271</sup> Cf. Deuxième partie, chap. « L'accusation de vol et l'éclatement du collectif de travail »

<sup>272</sup> Anaïs nous dit gagner 750 euros nets par mois non compris sa prime de précarité liée à son Contrat à Durée Déterminée.

« Je me rappelle une fois, je m'étais fait le claquage aux côtes, c'était avec Monsieur Lebri. J'ai voulu rattraper sa sangle et lui, il a avancé en même temps. Ca m'a donné comme un coup de couteau quand j'ai voulu me relever parce que j'étais à 4 pattes. Donc, je vais le dire à Maurice (l'infirmier en chef), il me fait le bandage et je finis ainsi ma journée. Je le signale à Annie (la secrétaire de direction) qui me demande si je vais faire une radio. Je lui ai dit que d'abord, j'allai voir mon médecin. Il m'a dit que je m'étais fait un bon claquage mais rien d'autre. Il me demande s'il devait m'arrêter et quand est-ce que je devais retravailler. Je devais retravailler dans trois jours. Il me dit, bon je ne t'arrête pas mais si tu as trop mal je t'arrête. Tu crois que ça a inquiété Annie ou qui que ce soit à la maison de retraite ? Quand je suis revenue : " ah c'est bien tu travailles ! D'ailleurs, je n'avais prévu personne pour te remplacer ". En fait, ça s'est bien passé parce que les filles (les collègues aides-soignantes) m'ont énormément aidée, Monique venait me coucher les plus dures, Madame Chastan par exemple. Moi je les mettais en pyjama et elles me les couchaient...

(Deuxième entretien, juin 2001)

« Mon médecin m'a dit, je t'arrête quinze jours. J'ai dit non, je n'ai pas le droit, donc il m'a dit, je t'arrête trois jours. Pour finir, il ne m'a pas arrêtée, puisque ça tombait sur mon week-end de trois jours. Je lui ai dit, non, si vous m'arrêtez, ils me virent. Il ne m'a pas dit Maurice (l'infirmier en chef) qu'il me virerait, mais il valait mieux que je ne m'arrête pas. En fait, quand c'est arrivé, c'était l'été et les remplacements se faisaient très mal. Et comme moi je n'étais que remplaçante, je ne pouvais pas me le permettre. Enfin si, j'aurais dû me permettre d'arrêter, mais sur le moment avec la pression je me suis dit, non je n'ai pas le droit car je venais à peine de commencer... En fait, je vois Monique elle s'est fait mal aussi, elle ne s'est pas arrêtée, Laïla pareil<sup>273</sup>. La manière dont ils ont réagi, j'ai trouvé ça moche, je me suis dit, je dois être dans un autre monde. »

(Premier entretien, mars 2000)

Dans le témoignage du premier entretien, ce n'est pas la secrétaire de direction qui dit à Anaïs qu'elle n'avait pas prévu qu'elle s'arrête et prenne des congés maladie, c'est elle qui a

---

<sup>273</sup> Le coût d'une absence d'une heure dans une journée entraîne une baisse de salaire qui est très pénalisante pour des salariés ayant de petits salaires. Ils perdent toute leur journée de travail et la prime mensuelle d'assiduité. Les salariés bénéficient par contre d'une complémentaire qui apporte, une fois dépassé un délai de carence de onze jours, un complément financier. Ce système conduit beaucoup de salariées à ne pas s'arrêter pour de courts arrêts maladie.

intériorisé cette règle et qui ne s'autorise pas à envisager l'arrêt. Cette version semble cohérente avec sa peur plus tard de prendre un congé pour récupérer.

### **L'intensité au travail et l'altération de la santé.**

Anaïs serre les dents pour tenir et se tait. Même ses bonnes collègues de travail ne sont pas au courant de son épuisement. C'est au cours des entretiens individuels qu'elle va s'autoriser une certaine parole sur le vécu et la souffrance au travail.

*« Tu viens de prononcer le mot « ulcère », c'est quelque chose dont tu ne m'as pas parlé ? Non, il y en a très peu qui le savent. Je crois bien que même Monique ne le sait pas. Ça me brûlait toujours avant et après le repas, je me disais, ça doit être la faim, parce qu'on mange qu'à une heure et demie. Puis j'ai dit, depuis plus d'un an, que je mange à une heure et demie, c'est bizarre. Je suis allée voir mon médecin, il m'a dit, oui, tu as un ulcère. Ce n'est pas très grave en soi, mais il me dit qu'il faudrait que je me calme. J'ai déjà les calmants, il voulait me donner quelque chose pour dormir, j'ai dit, là si on commence à me donner « Lexomyl », je ne m'en sors plus, je vais être dépendante, je ne veux pas. Donc j'essaie de moi-même de me calmer, toute seule, mais ici on peut pas... »*

(Premier entretien)

Malgré son épuisement, Anaïs, refuse de demander un congé. Elle est animée par un sentiment de peur “ *Si je demande (un congé) je vais me faire tuer* ”, elle ne se sent pas non plus la force d'argumenter cette demande. Je questionnerai à ce sujet la secrétaire de direction pour connaître la position de l'institution. Elle me confirmera que lorsqu'on est contractuel, on n'est pas en position de demander un congé. A l'envie de s'arrêter, se mêle, chez Anaïs, la peur de relâcher la pression tant elle se sent fatiguée.

*« J'ai peur d'arrêter les Aves et de repartir tout de suite sur un autre travail. Il y en a beaucoup qui ont travaillé trois ans sans vacances. Je vois ma mère, elle est restée je ne sais pas combien d'années sans vacances, elle ne s'est jamais plainte, elle n'a jamais rien dit, mais à la fin on en souffre. Elle a la vue qui baisse, elle a mal au dos, elle se voûte, elle n'avait jamais de temps d'aller voir un médecin. Maintenant qu'elle fait tous les examens, elle a peur donc je ne veux pas être comme elle, surtout pas. Mais bon, si je dois le faire je le*

*ferai. Personne n'en est mort de rester trois ans sans vacance. Mais enfin, un peu de repos ça ferait du bien (rire).* » (Premier entretien)

L'usure au travail résonne avec son histoire personnelle et familiale. Anaïs évoque l'endurance de sa mère au travail. Elle nous parlera également de petits boulots épuisants que son frère, en recherche d'emploi, a fait dans la restauration rapide ou le démarchage commercial à domicile et qui se sont traduits par des démissions à la suite de problèmes de santé liés au surmenage. Le lien entre une intensité du travail et une atteinte à la santé est inscrit dans l'histoire familiale. Ces exemples vont fonctionner chez elle comme une sorte de sonnette d'alarme. En fait, Anaïs ne va plus se sentir en capacité de rebondir sur un autre emploi d'aide-soignante après ce travail aux Aves et ce d'autant plus que cette expérience fait écho à une précédente, plus pénible encore.

### **Une courte mais éprouvante expérience de travail dans une clinique psychiatrique.**

Lors du deuxième entretien à son domicile, Anaïs nous donnera une clef d'interprétation importante pour comprendre sa démission aux Aves et la décision radicale qui s'en suivra. En nous relatant son renvoi d'une clinique psychiatrique, nous comprendrons mieux l'enjeu qu'il y avait pour elle de tenir et réussir son intégration aux Aves. Avec vingt-trois toilettes quotidiennes par matinée, elle a connu au travers de cette précédente expérience ce qu'elle appelle un système « d'avant garde ». Il faut entendre par là, un système « précurseur » pour ce qui est des pratiques hygiénistes déshumanisantes à la chaîne qu'elle retrouvera de manière plus atténuée mais présente en structure d'hébergement pour personnes âgées.

*« Fin 98, j'ai travaillé aux " Romarins " en psychiatrie. Ça a duré deux ou trois mois et ça s'est très mal passé. C'était surtout une baraque à fric et pas à patients. (...)Je n'avais pas le droit de m'asseoir de toute la journée. J'avais une demi-heure pour manger et je travaillais 12 heures/jour.*

*- Tu avais combien de personnes à t'occuper ?*

*- J'avais l'étage. Le matin, on était deux, mais j'étais seule pour les toilettes puisqu'elle (l'infirmière) faisait les cachets. J'en avais 23 sur 95. C'était ceux qui ne pouvaient pas se faire tout seul. Et à midi, je n'avais pas encore fini, qu'il aurait fallu que je sois en bas pour donner les cachets. La direction m'a dit : " mais vous êtes lente ". Je leur ai dit : " essayez une autre aide-soignante et vous verrez si elle s'en sort. Je veux bien me mettre au défi là.*

*Mais, ce que je veux c'est qu'ils soient coiffés, que les ongles soient coupés. On est d'accord. On m'a répondu " oui, oui d'accord. Vous n'avez pas fini à midi, on va essayer de vous alléger, on va en donner aux infirmiers libéraux ". On a vu le résultat des infirmiers libéraux... On a dit nous on les récupère et on les fait autrement. »*

Malgré le caractère exténuant du travail qu'elle a à accomplir sur une journée, lorsque la hiérarchie fait le choix de prendre des infirmiers pour alléger son service, Anaïs Nissan demandera, avec sa collègue de l'autre équipe, à " récupérer " les patients. Elle n'est pas prête à réduire sa charge, si le travail qui est fait par ailleurs ne donne pas satisfaction. Son niveau d'exigence professionnelle et humaine, ainsi que la forme de mise au défi qu'elle fait à la hiérarchie, ont certainement agacé et contribué à son renvoi. La direction va se saisir de la première occasion venue pour la congédier.

*« Un soir, j'étais pas mal fatiguée et on me dit que je n'avais pas descendu le cahier de la journée. Je leur ai dit : " ici, on me prend vraiment pour une boniche ", je l'ai dit comme ça, comme je faisais aux Aves avec humour, pour rire, il fallait le prendre comme ça. Je le descends et je pars en week-end, j'avais mes trois jours. On m'appelle le dimanche soir à 19 heures et on me dit:*

*- Allô Madame Nissan, c'est la clinique des romarins, voilà, vous avez dit qu'on vous traitait comme une boniche ?*

*- J'ai dit : " pas du tout, c'était pour rire, c'était de l'humour...*

*- Si vous le pensez, ce n'est pas la peine de venir lundi . »*

La clinique va profiter de son inexpérience en matière de droit du travail et de sa naïveté pour la renvoyer en toute légalité, ou presque, sans indemnité.

*« J'étais en CDI, j'avais eu un mois de période d'essai et la chef de service m'avait demandé de faire une lettre comme quoi je demandais de prolonger ma période d'essai d'un mois. Donc, je l'ai fait.*

*- C'était quand cet incident ?*

*- Au milieu de cette période. Forts de cette lettre, ils m'ont virée. Je suis allée au Prud'hommes et j'ai perdu parce que la clinique avait un très bon avocat et moi j'avais un avocat commis d'office.*

*- Et réglementairement ?*

- Réglementairement, ils avaient le droit.

- (La mère d'Anaïs intervient<sup>274</sup>) Il n'y avait quand même pas de lettre de licenciement, ils ont fait ça par téléphone et le courrier est obligatoire.

- Il y avait ça et puis aussi je n'avais pas touché mes ASSEDIC car ils ne m'envoyaient jamais ma fiche. Il a fallu qu'on aille au premier rendez-vous aux Prud'Hommes pour que mon avocat dise : " quand est-ce qu'elle touche les Assedic ma cliente ? ". Ils ont dit qu'ils allaient l'envoyer et le lendemain, je l'ai reçue. Mais au bout d'un mois, un mois sans argent, sans rien. Déjà que j'avais été virée... A 20 ans, tu te dis qu'est-ce que j'ai fait de mal ? C'était une période assez dure quand même. Tout le monde m'a dit que j'allais gagner et en avoir plein les poches. J'ai eu tort parce que je n'aurai pas du réécrire une lettre. Mon avocat a demandé les motifs du licenciement. Ils ont répondu: " elle était insouciante et dangereuse ". N'importe quoi ! Mon avocat m'a dit de faire appel et j'ai dit que non, " on oublie cette histoire ".

Anaïs Nissan se sent humiliée et ressort éprouvée de cette expérience en établissement psychiatrique. Alors qu'elle commence tout juste son insertion dans la vie active, un an après son diplôme, elle expérimente l'injustice, le mensonge, l'humiliation. La maison de retraite va être vécue comme une deuxième chance, elle s'y engage corps et âme pour prouver aux autres qu'elle n'est pas l'« insouciante » qu'on l'accuse d'être.

### **L'intrusion du travail dans la sphère de la vie privée.**

Anaïs Nissan va s'épuiser au fil des mois à la maison de retraite des Aves. N'arrivant plus à récupérer de sa fatigue physique et psychique, elle va entrer dans une phase dépressive.

« En ce moment, le soir je rentre, des nerfs il faut que je pleure, il faut que j'évacue de moi-même. Ça dure dix minutes, cinq minutes, ça dépend, mais je sens que j'ai tellement les nerfs à fleur de peau, qu'il faut que je pleure. C'est pour ça qu'il faut que je m'arrête (...) même si les gens me disent, " oui, mais tu ne te rends pas compte, tu as trois jours puis tu travailles deux jours " <sup>275</sup>. Mais même en ayant trois jours, on pense toujours aux Aves, c'est dingue,

---

<sup>274</sup> Elle assistera à une partie du deuxième entretien qui se déroule à son domicile où vit Anaïs.

<sup>275</sup> Le personnel aide-soignant alterne des semaines de deux jours de travail, les mercredis et jeudis, et des semaines de cinq jours y compris le week-end.

*parce que là je vois, on revient de la grande semaine, j'ai eu trois jours de repos, mais je n'arrive pas à récupérer. Tellement on a de sommeil en retard, de stress, etc. »*

(Premier entretien)

Elle n'arrivera plus à faire de projet d'avenir tant elle est harassée par ce travail. Elle ne se sent pas autorisée à prendre des congés pour souffler un peu, pour faire des choses qui la ressourceraient, comme aller voir ses grands-parents en Auvergne qui lui manquent beaucoup. Par ailleurs, elle arrête ses cours de conduite et progressivement sa vie sociale va devenir très ténue.

*« Le soir je rentre, je suis tellement fatiguée nerveusement, parce qu'on n'a pas que de la fatigue physique ici, c'est plus de la fatigue nerveuse. Je me pensais forte moralement, et plus ça va et moins j'arrive à supporter. Donc je rentre le soir, et à peine après la douche, je m'endors. On est obligé de me réveiller pour me dire, Anaïs, viens manger. Sinon je m'endors. Je n'étais pas habituée à ce rythme. (...) Et il arrive un moment où tu te dis, stop. Là, je n'en peux plus. Ça va faire trois semaines que je prends de la vitamine C, ça me tient bien éveillée, mais le soir je ne veille pas, alors que moi je voulais la prendre pour un peu veiller, voir la fin du film. Il faut que je m'arrête, parce que je me dis, si ça continue trop longtemps, après je serai un paquet de nerfs, ça ne sert à rien. »*

C'est dans ce contexte que son ami va rompre leur relation affective. Progressivement Anaïs va se replier sur elle-même, partageant son temps entre son travail et le domicile de sa mère<sup>276</sup>, ne s'autorisant plus aucune sortie.

*« (Avec mon copain), on se voyait très peu - j'avais un week-end sur deux - et quand je le voyais, je dormais. Quand il voulait sortir, je n'avais pas envie, déjà que financièrement je ne pouvais pas suivre... Je lui ai dit que je ne pouvais pas sortir tous les week-ends, ce n'était pas gérable. (...) Ça n'allait plus du tout entre nous. Il sortait tout seul et moi, je dormais à la maison. Puis il a trouvé quelqu'un d'autre et ça s'est fini comme ça. »*

---

<sup>276</sup> Depuis qu'elle a commencé ce remplacement, elle s'est remise à partager le petit appartement de sa mère qui vit seule avec son fils aîné au chômage dans un T2 de cinquante mètres carré. Au cours de son emploi aux Aves, Anaïs a dû quitter son appartement qu'elle partageait avec son copain. Elle n'arrivait plus à assumer financièrement sa vie de couple. Elle devait payer le loyer et les factures, son ami payait les courses alimentaires et la voiture avec l'argent que lui donnaient ses parents.

## Une triple rupture

Anaïs refusera un prolongement à son contrat à durée déterminée et décidera d'arrêter de travailler aux Aves. Le fait de vivre chez sa mère, de ne pas avoir de charge familiale et d'être jeune diplômée lui permettra de prendre cette décision sans prendre trop de risques économiques, ni compromettre son avenir professionnel. Elle se sentira heureuse et soulagée une fois qu'elle l'aura prise puis annoncée à la direction de la maison de retraite.

*« Du jour où j'ai quitté les Aves, j'ai recommencé à vivre normalement. J'ai fini les Aves en juin et je suis partie en octobre. De juin à octobre, je n'ai rien fait du tout. Je dormais et je mangeais (rires...). J'ai repris une figure normale, récupéré mes joues, j'étais bien. En octobre, je suis partie voir un peu mon père en Bretagne et j'ai travaillé avec ma belle-mère comme vendeuse dans un centre de beauté. J'ai changé complètement de registre et ça m'a énormément plu. »*

En janvier 2001, Anaïs revient dans la région et retourne vivre chez sa mère. Dans le cadre de la loi des 35 heures, un poste se crée à la maison de la presse où sa mère travaille comme salariée, Anaïs prendra le poste de vendeuse.

*« Pour l'instant, ça me plait. J'avais besoin de ça. Comme j'ai dit : les Aves m'ont trop écœurée de mon métier. Il fallait que je coupe. Ils m'ont apporté trop d'ennuis dans ma vie personnelle pour continuer à faire ce métier. Mentalement, je ne suis pas encore prête (pour le reprendre). Je suis encore trop salie par cette maison de retraite. Pourtant, j'y ai vécu des moments splendides, géniaux, les anniversaires (des personnes âgées) où l'on dansait c'était vraiment super. Notre équipe, ça m'a permis d'avoir des amis. C'était vraiment bien, mais au niveau du boulot c'était pas gérable, c'était trop. »*

Les expressions, “ *ils m'ont écœurée* ”, “ *je suis encore trop salie* ” sont lourdes de sens pour quelqu'un qui travaille au contact de personnes aux corps souvent altérés ou souillés. Mais ces reproches ne s'adressent pas aux personnes âgées, envers lesquelles Anaïs ne fait apparaître aucun ressentiment<sup>277</sup>.

---

<sup>277</sup> Lorsqu'elle était en poste, Anaïs nous fera part de son exaspération vis-à-vis de certains pensionnaires. Une fois quitté l'établissement, ces tensions sont oubliées. Reste le souvenir douloureux du mépris qu'elle a ressenti au contact de la hiérarchie.

*“ ...les personnes âgées, elles seront toujours pénibles, mais ce n'est pas de leur faute, elles sont comme ça, il faut savoir les écouter. ”*

Son écœurement est adressé à la hiérarchie qui ne lui a pas offert des conditions favorables pour faire son travail correctement avec humanité. Avec le temps, sa colère s'est apaisée mais elle garde vivante une blessure qu'elle nous expose de manière crue, plus d'un an après. Anaïs a le sentiment d'avoir été victime des rapports sociaux au sein de cet établissement. L'humiliation subie reste bien vivante en elle.

*« Je ne regrette pas les Aves parce que ça m'a apporté pas mal d'expérience mais je regrette la façon dont c'était dirigé, la façon (que la direction avait) de nous regarder, de nous considérer, toujours comme de la merde... De pas être prises au sérieux, de ne jamais être prises au sérieux. »*

Après avoir intériorisé les nombreuses exigences de la direction, Anaïs est allée le plus loin qu'elle pouvait dans sa puissance d'agir en ne voulant pas compromettre son estime de soi. Ce qu'elle résume par : *“ Si je n'avais pas donné comme il faut, je n'aurais pas été entièrement dans mon métier. ”* Lorsqu'elle a vu qu'elle ne tenait plus, qu'avec ce travail c'est tout son équilibre de vie qui était compromis et qu'elle s'exposait trop en terme de santé, elle a choisi de se retirer. Elle en a payé le prix fort. Cette fin d'expérience professionnelle s'est traduit par une triple rupture : celle de son emploi au sein de la maison de retraite, celle de son métier et celle de son ami.

D'autres salariées prises dans des situations familiales différentes, non titulaires du diplôme d'aides-soignantes<sup>278</sup> et le plus souvent assez anciennes au sein de la maison de retraite, ne sont pas parties. En situation de faiblesse sur le marché du travail, en charge de famille, elles restent au prix parfois de leur santé physique et équilibre psychique. Nous allons voir, dans les deux récits de vie qui vont suivre, les différentes formes d'adaptations au réel de celles qui restent travailler coûte que coûte en maison de retraite.

---

<sup>278</sup> Le diplôme professionnel d'aide-soignant, ouvre toute une gamme d'emplois dans le milieu hospitalier, les cliniques et instituts médico-sociaux. Cf. annexe. En l'absence de ce premier niveau de diplôme dans le milieu des soins, la mobilité des individus est plus difficile. Elles ont de grandes chances d'être identifiées et recrutées comme agents de service.

## **Aline Gambini, une aide-soignante « faisant-fonction » en quête de reconnaissance professionnelle et personnelle.**

Le récit de vie d'Aline Gambini que nous retraçons ici, est issu de trois entretiens à son domicile au cours de l'année 2000. La relation commencée à la maison de retraite des Aves s'est prolongée chez elle et c'est pendant ses jours de récupération qu'elle nous a reçue. Elle disposait alors d'un temps et d'une disponibilité qu'il aurait été impossible de trouver à son travail. Au cours de ces 12 heures d'entretien, elle nous parlera de son travail, de l'histoire de la maison de retraite qu'elle fréquente depuis 17 ans, de son parcours personnel et familial. Elle ne cherche pas à faire de lien entre ces différents aspects de sa vie ; attachée au plaisir de la rencontre. Elle nous relatera sa propre histoire.

### **L'épreuve du déracinement et du racisme à l'école, des études scolaires délaissées.**

Aline Gambini a 50 ans. Elle est issue d'une famille "modeste", selon sa propre expression. Son père était facteur et sa mère, qui avait quatre enfants - elle est la deuxième et dernière fille - faisait des travaux de couture dans leur appartement en Algérie. Elle est née à Alger et y a vécu jusqu'à l'âge de 13 ans. Son retour en France l'a fortement marquée, « *sur le bateau, c'est la première fois que je voyais mon père pleurer* ». C'est d'autant plus un choc que son père était à ses yeux "son summum", elle se le représente alors comme un homme fort et courageux.

Les conditions de retour dans le sud de la France – que ses parents connaissaient pour y avoir vécu 10 ans de 1939 jusqu'à sa naissance, ont été rudes. La première année, ils ont vécu dans un deux pièces insalubre sans eau courante, avant de pouvoir être relogé dans une HLM à proximité. Plus que la pauvreté, ce sont le racisme et l'injustice qui l'ont frappée et qui continuent aujourd'hui à la révolter : « *J'ai connu ce qu'était le racisme, mais vraiment le racisme, je l'ai très mal vécu et je me bats contre parce que je l'ai vécu* ». C'est sa maîtresse d'école qui incarnera le mieux cette figure. Celle-ci profitera de sa fragilité et de son retard scolaire pour l'humilier devant ses camarades de classe.

*« Depuis quatre mois, on n'allait plus à l'école en Algérie parce qu'il y avait la guerre et que les militaires nous l'interdisaient. Ça m'a mise en retard, déjà que je n'étais pas une lumière*

*en classe. L'institutrice souvent se moquait de mon manque de savoir et ça j'en souffrais beaucoup. Mettons elle me disait " Mais comment vous n'avez pas encore appris les fractions, mais qu'est-ce que vous foutiez là-bas, de toute manière, vous les colons, à part exploiter les Arabes ! » Au départ je n'avais pas compris les mots " exploiter ", " colons ". Un jour j'ai demandé à ma mère, elle est allée voir l'institutrice et bien entendu la menteuse c'était moi. (...) Les élèves ne jouaient pas avec moi, enfin j'avais quelques copines, mais on ne m'invitait pas aux anniversaires. (...) Quand on nous a attribué un logement dans un HLM, après que l'hygiène fut passée et eut constaté que le logement était insalubre et trop petit, maman m'a dit " Tu diras à ton institutrice qu'on déménage ". Et moi j'avais levé le doigt et j'ai dit (prenant une voix d'enfant) " Madame, maman me fait dire qu'on va déménager ; on a eu un appartement dans un HLM ". Là j'ai cru que j'avais mis le feu à la classe, parce qu'elle a commencé à me dire que ça ne l'étonnait pas, que nous, les pieds-noirs, on arrivait, on était les premiers servis. Elle ne savait pas dans quelles conditions on vivait depuis neuf mois, mais pour elle c'était tout à fait normal qu'on vive dans ces conditions, enfin bref, voilà, le racisme complet. Et quand je suis arrivée au quartier du parc j'ai eu peur, quand ma mère a été m'inscrire à l'école, j'avais la frousse que le schéma se reproduise. Quand je suis arrivée, j'ai vu qu'il y avait quand même pas mal de têtes de maghrébins, donc (rires) ça m'a un peu rassurée, et puis à ce moment-là, on arrivait en 62, il y avait quand même pas mal de pieds-noirs qui rentraient et j'étais mieux accueillie "*

Si ses relations aux autres vont s'améliorer, son rapport aux études restera difficile. Aline Gambini préparera un CAP d'employée de bureau, sans grande motivation, qu'elle n'obtiendra pas. " J'avais un peu des cacarinettes dans la tête, en plus c'est tombé sur mai 68, donc je pensais plus à manifester qu'à étudier "

A 19 ans, elle suit ses parents qui déménagent à 35 kilomètres de là, à la suite d'une promotion professionnelle de son père qui devient « *facteur en chef* ». Commencera alors pour elle la première partie de sa vie professionnelle, marquée par une expérience d'agent de service qui se transformera en faisant fonction d'aide-soignante, dans une clinique privée. Cela durera 11 ans, jusqu'à l'âge de 30 ans où elle quittera le foyer familial pour se marier. Si les études ont été vécues avec distance, le travail va revêtir un enjeu primordial et occuper une place très importante dans sa vie.

## **La découverte de l'univers hospitalier : une opportunité professionnelle**

Son premier emploi est un travail ponctuel de gondolière dans une épicerie, qui ne lui plaît guère. Lorsqu'elle va s'inscrire à l'ANPE pour chercher un autre travail, elle rencontre un agent, originaire d'Afrique du Nord comme elle, qui va lui apporter son aide et la mettre sur une piste de travail déterminante pour la suite de sa vie professionnelle.

*“ Là, je suis tombée sur un monsieur qui était pied-noir, d'Alger comme moi, et qui connaissait mon papa (rire) en tant que facteur là-bas. Donc il m'a dit “ écoute, - tout de suite il m'a tutoyée - justement ce matin j'ai reçu une proposition de travail, si tu veux tu vas faire la femme de ménage dans une clinique et puis après tu pourras toujours essayer de progresser.”*

Cet emploi lui fait découvrir le monde des soins, un univers qui va considérablement l'attirer et qu'elle ne va plus quitter. Si son origine géographique a pu être vécue à son retour en France métropolitaine comme un stigmaté, elle va découvrir, par la suite, que c'est aussi un signe de reconnaissance et de solidarité. Après avoir connu le racisme, elle rencontre la force du réseau communautaire qu'il soit « pied noir » ou corse - via son mari -, comme l'avait jadis connu son propre père.

*« Papa a commencé sa carrière de facteur à N., c'était après la guerre, maman, comme elle est d'origine corse, c'est un Corse qui avait fait rentrer papa à la Poste, à l'époque, ils embauchaient. »*

Son histoire professionnelle dans le secteur de la santé sera présentée comme une succession d'opportunités qu'elle a su saisir et qui lui ont été bénéfiques. Elle a un sentiment d'accomplissement de soi dans son travail. Lorsqu'elle se marie, son époux vient de réussir le concours de gardien de la paix et il est muté à Paris « chez les CRS ». Ils y vivront, une année, avant de revenir dans la ville où ils se sont mariés et mettront au monde, deux années plus tard, des jumelles. A Paris, Aline sympathisera avec une conseillère de l'ANPE qui est originaire de la ville où vivent désormais ses parents revenus en métropole. Elle l'aide à trouver un poste. Elle doit s'occuper du ménage d'un cabinet médical et des prises de rendez-vous. Elle n'aura pas le temps de commencer cet emploi qu'elle doit déjà repartir, son mari ayant obtenu sa mutation pour le sud est de la France. Dès qu'elle arrive à N., elle se met en

quête d'un travail dans le milieu des soins. Elle téléphone aux maisons de repos, maisons de retraite, cliniques de son quartier. Elle obtient un rendez-vous avec une directrice d'un centre de gérontologie de court séjour et elle est prise pour un remplacement d'été de quatre mois. Lorsqu'elle a terminé cet emploi, son médecin généraliste, lui propose son aide.

*“J'avais un médecin à N. que j'allais voir parce que j'avais toujours un petit problème de santé à mon retour de Paris. Elle m'ausculte et après on se met à discuter toutes les deux. Elle me dit : “ oh je ne vous connais pas ”, j'ai dit : “ non, je viens d'arriver”. Et puis on se met à parler et je dis : “ Voilà ça fait tout juste six mois que je suis mariée ”, et elle me demande d'où est mon mari, je lui dis qu'il est corse. Moi aussi je suis corse ! Enfin bref, elle me dit : “ Qu'est-ce que vous faites ? ”, j'ai dit : “ J'ai trouvé un remplacement de quatre mois au centre de gérontologie d'à côté, et puis après je ne sais pas. Je vais sûrement me retrouver au chômage - ce qui m'angoissait beaucoup. Elle me dit : “ Mais j'ai mon meilleur ami qui tient une maison de retraite au quartier Raspail, si vous voulez, je vais lui parler pour vous...”*

Quatre mois plus tard, alors qu'Aline Gambini retourne chez ce médecin pour un petit problème de santé, le médecin lui renouvelle sa proposition d'aide.

*“ Je me suis dit, elle ne va pas téléphoner. Mais comme j'arrive chez moi, le téléphone sonne. Le temps d'aller à la pharmacie, d'aller acheter les médicaments et tout. “ Ici la maison de retraite des Aves, il faut que vous vous présentiez de suite pour laisser vos coordonnées ”. Qu'est-ce que je fais, j'y vais, et on me dit : “ Vous commencez lundi ”.*

Dix-sept ans plus tard, nous la retrouvons dans cette même maison de retraite comme faisant fonction d'aide-soignante.

### **L'entrée en maison de retraite, entre dégoût et empathie.**

Si Aline a travaillé un peu par hasard dans cette maison de retraite, elle a choisi d'y rester, et ce, même si les premiers moments ont été durs. Pour évoquer ses premières impressions/répulsions, elle emprunte un langage cru, fréquent dans ce milieu professionnel lorsqu'on est entre collègues. Le sentiment de salissure intérieure lié à une forte proximité

corporelle d'avec les personnes âgées est un fait qui nous sera raconté par d'autres aides-soignantes.

*“- C'est vrai qu'au tout début, quand je suis arrivée à la maison de retraite, j'avais dit à mon mari : “ Non, je ne resterai pas ”. (...) Quand j'arrivais chez moi, j'avais l'impression d'avoir encore les mains sales, de sentir, et puis au fur et à mesure, je ne sais pas, je le fais sans réfléchir. Mais c'est vrai qu'au début, quand je sortais, si on devait aller souper chez ma belle-mère, je disais à mon mari : “ Je ne me suis pas douchée, je sens le vieux ” J'avais l'impression de sentir mauvais.*

*- Il y a des moments d'écœurement toujours, dix sept ans après ?*

*- D'écœurement ? Non je ne crois pas, non. Ça fait quand même dix-sept ans que je les vois, que je vois leurs corps vieillissants et que j'enlève les selles de leurs couches, ça, je le fais tous les jours.*

*- Ça se banalise ?*

*- Disons qu'il y a des trucs qui vont encore m'écœurer, que je n'arrive pas à m'y faire. Je pense que personne ne s'y ferait. Comme, admettons, quand je rentre dans une chambre et que j'en vois qui mangent leurs selles, ça c'est un truc que... sinon non. Je ne suis pas quelqu'un qui suis facilement écœurée. Je suis capable de leur enlever le dentier à la main, et d'aller leur laver. Alors que j'ai des copines qui ne peuvent pas. Elles me disent : “ Non, moi laver un dentier, pas question ” Moi, ça ne m'écœure pas, je le fais tous les jours. En ce moment, Madame Blanc a eu un petit peu mal aux gencives, je lui prends, je lui nettoie, ça ne m'écœure pas. Pourtant il est dégueulasse. Mais bon, voilà.”*

Si elle est restée dans cette maison de retraite, ce n'est pas pour l'aspect économique, que pour le sens que revêt ce travail et la place qu'il occupe dans sa vie. Elle a investi affectivement dans ce lieu et les personnes qui l'habitent. Cela participe désormais de son propre équilibre personnel.

*“ La maison de retraite, c'est la petite sœur des pauvres. En 82, quand je suis arrivée aux Aves, je touchais 3 800 Francs c'était le Smic, c'est vrai que ça fait pas beaucoup, alors que j'avais eu 4200 Francs au centre de gérontologie pour mon remplacement (la même année).”*

Aline est une travailleuse volontaire que la tâche ne rebute pas. Elle a un sens de l'engagement qui la conduit souvent à aller au-delà des tâches prescrites. Elle s'occupe, par

exemple, de la toilette de *Lisette et Reinhardt*, deux pensionnaires de son étage, qui ne dépendent pas d'elle mais de Maurice, son supérieur hiérarchique infirmier. Remarquant que sa collègue de travail de la contre équipe ne s'occupe pas de ces deux pensionnaires, nous lui demanderons la raison de cette implication, elle nous répondra : “ *Ce n'est pas pour recevoir des fleurs de la direction que je le fais, c'est parce que sinon ça ne se ferait pas.*”

Aline Gambini a acquis tous les trucs, toutes les ruses pour travailler plus vite. Elle anticipe les montées en charge et elle abat un travail considérable. Ce rythme soutenu n'est pas sans incidence sur la qualité relationnelle avec les pensionnaires. Elle le reconnaît elle-même lorsqu'elle m'affirme “ *on a beaucoup de toilettes à faire et on n'a pas le temps de discuter avec les personnes âgées*”. Pour autant, elle a une connaissance individualisée de chaque pensionnaire de son étage et d'une bonne partie des personnes âgées de la maison de retraite. Cette connaissance est favorisée par son ancienneté, mais aussi par son appétit de rencontres et son désir d'échanges humains. Après une journée de travail en sa compagnie, il est frappant de constater sa connaissance des pensionnaires mais aussi de leur famille. La maison de retraite est pour Aline Gambini, une maison remplie d'histoires de vie et les personnes âgées sont attachées à elle.

“ *Je disais à Madame Bouletin (l'assistante sociale de la maison de retraite), moi je vois quand je suis partie une semaine en congé, là pendant les fêtes de Noël, ils étaient tous fous de joie, mais franchement, Lisette, elle n'arrêtait pas de m'embrasser, Reinhardt, tu es là ! Gaston n'en parlons pas. Madame Pastillo s'est mise à pleurer quand elle m'a vue : “ Vous m'avez manquée ”, mais tous. Même Monsieur Delors qui est quand même assez réservé : “ Ah, vous êtes là, vous êtes revenue !”*”

Aline s'efforce de redonner le moral, dynamiser les personnes âgées quand elles ont tendance à baisser les bras. Elle utilise l'humour pour dédramatiser les situations. Elle ramène parfois des petites choses de chez elle pour agrémenter leur quotidien et faire plaisir. Elle me montrera une robe de sa maman qu'elle a donnée à une pensionnaire, des parfums de ses filles qu'elle a apportés à une autre...

“ *C'est sûr que de temps en temps, je porte des choses. Là dernièrement j'ai fait la distribution de parfum, parce que mes filles, elles veulent plus mettre les parfums. Je leur avais acheté les parfums de jeunes, mais elles, maintenant, elles veulent mettre les parfums de*

*femmes. Donc, tous ces parfums, ça me restait sur les bras. Ce que j'ai fait, je les ai menés là-bas (à la maison de retraite). ”*

Aline n'envisage pas d'acheter des objets ou vêtements qui pourraient amputer son budget déjà serré, mais elle a le souci de ne rien jeter, de redistribuer ce qui ne sert plus, en faisant encore plaisir à quelqu'un. On peut s'offusquer de ces “ présents ” et voir là une forme de commisération à donner “ à plus malheureux que soi ” ce que ses deux filles jumelles de 16 ans ne veulent plus. On peut trouver choquant d'offrir des parfums de jeunes aux personnes âgées. On peut aussi voir dans ces gestes une forme de domination sociale du donateur envers les bénéficiaires. Mais ces interprétations sont insuffisantes et en partie inadéquates. Comme le fait remarquer Bruno Karsenti “ *donner, c'est aussi se donner* ” et “ *présenter quelque chose à quelqu'un, c'est présenter quelque chose de soi* ”<sup>279</sup>. Les objets que donne Aline sont déjà chargés d'histoire, de son histoire, et elle les donne à des personnes pour qui elle a de l'affection, dans une certaine continuité d'histoire. Par ailleurs, comme nous l'avons vu, dans les maisons de retraite médicalisées où les liens avec le monde extérieur sont réduits, les personnes âgées ont dû se dessaisir de nombre de leurs objets personnels et les cadeaux revêtent une grande importance, quelles que soient leurs valeurs marchandes<sup>280</sup>. Elles sont le témoignage d'une attention dans un univers où règne l'esseulement.

Nous voyons se manifester l'attachement d'Aline aux personnes âgées dans la manière dont elle les dénomme et parle d'elles. Elle emploie le terme de « *pensionnaire* » qui semblait être la dénomination la plus courante à son arrivée, il y a 17 ans. Elle rejette spontanément une conception plus « service » que cherche à introduire aujourd'hui la direction avec l'usage des mots « résident » voire de « client »<sup>281</sup>. Lorsqu'elle n'emploie pas ce terme de « *pensionnaire* », Aline Gambini nous parle de “ *ses grands-mères* ” même lorsqu'il s'agit d'évoquer l'ensemble des personnes âgées : “ *rester 12 heures avec les grands-mères, ça crée des liens.* ”

---

<sup>279</sup> Bruno Karsenti (1994, pp 37-38) fait ici une analyse de la notion de don chez Marcel Mauss.

<sup>280</sup> Simone De Beauvoir (1998, p 40) nous parle des quelques biens qui restent de sa mère dans la chambre d'hôpital où elle vient de mourir. Elle évoque avec précision et justesse, la charge émotionnelle que peuvent revêtir des objets en apparence insignifiants qui lui ont appartenu. “ *Devant un sac de paille, rempli de pelotes de laines et d'un tricot inachevé, devant son buvard, ces ciseaux, son dé, l'émotion nous a submergés. C'est connu le pouvoir des objet : la vie s'y pétrifie* ”.

<sup>281</sup> Cf. Première partie, chap. « Le modèle de service de type hôtelier ».

Cette féminisation des propos nous paraît plus significative de la manière dont elle projette mentalement l'institution et du rôle qu'elle y joue, que d'une tendance à lier des relations privilégiées voire exclusives avec des vieilles femmes<sup>282</sup>. Aline Gambini semble vivre l'espace de la maison de retraite comme un espace archaïque féminin et se représenter son travail comme un élargissement de sa fonction maternante, notamment dans sa fonction de donatrice de soin et d'affection. Le fait de parler des personnes âgées comme des grands-mères, exprime un mouvement de ré-appropriation de relations professionnelles vers la sphère familiale<sup>283</sup>.

### **S'occuper des autres, une manière de mener sa vie.**

Au-delà des présents offerts, c'est son temps qu'Aline donne et ce au-delà de ses heures professionnelles. Elle rend régulièrement des services, son action n'est pas circonscrite à son travail au sein de la maison de retraite. Elle se veut être le plus possible disponible à l'autre, sans entrave, ni limitation. Aussi navigue-t-elle de son univers professionnel à son univers personnel et réciproquement. Chemin faisant, elle peut impliquer dans son mouvement, les membres de sa famille.

*« - Il m'est arrivé d'aller faire des commissions, encore pour elle, pour madame Pastillo. Elle voulait des jus de fruits, j'ai envoyé mon mari au supermarché.*

*- Il n'a rien dit ?*

*- Non, non. Parce qu'il me connaît. Il sait comment je suis, (rire) depuis le temps ! Combien de fois j'ai été lui dire : « Achète-moi ça pour une grand-mère, ou il faudrait acheter ça », ou : « Tiens j'ai acheté ça pour une grand-mère, n'y touchez pas ». Il le sait. »*

Aline joue un rôle de passeur, de médiateur entre la maison de retraite et le monde extérieur.

---

<sup>282</sup> Nous noterons par contre une tendance à aller vers les personnes algériennes ou originaires d'Afrique du Nord, ce qui renvoie directement à son histoire personnelle.

<sup>283</sup> Ce qui nous renvoie à l'hypothèse que font Benoit-Lapierre, Cevasco et Zafiroopoulos (1980), lorsqu'ils affirment que " *L'institution tend à être fantasmée comme une " grande famille "* par ceux qui y travaillent et qui sont majoritairement des femmes. " *Cette représentation familiale permet, sans doute, dans ce rapport à la vieillesse, une certaine régulation des affects, une certaine circulation d'amour et non le simple rejet d'une dégradation aussi manifeste.*" Cette forme d'attachement pourrait être ainsi un moyen de rester humain face à la dureté du travail et des personnes accueillies, permettre de dépasser des ressentis négatifs et sentiments de dégoût. Pour autant, cette représentation ne prémunit pas de tous rapports de domination ou de rejet qui peuvent surgir dans les relations quotidiennes avec les personnes âgées.

*« Hier matin, je suis descendue à pied de chez moi jusqu'à la maison de retraite (2-3 km), pour pouvoir m'arrêter au tabac et acheter des cigarettes à Gaston et à René (deux pensionnaires). Je n'ai pas pris le bus, je suis descendue exprès pour leur acheter des cigarettes. »*

Par son mouvement et désir d'échange, elle réouvre l'espace clos de la maison de retraite sur l'extérieur. Ce faisant, Aline Gambini se heurte à la volonté actuelle de la direction, qui souhaite voir se dessiner une distance plus grande qu'auparavant entre le personnel et les pensionnaires.

*« Quand maman a été hospitalisée pour son genou, la fatalité a fait qu'on avait deux grands-mères qui s'étaient cassées le col du fémur. Alors, j'allais dans la chambre à maman, puis dans la chambre de madame Augiras, et puis j'allais dans l'autre chambre de la grand-mère. Alors ma mère disait : " Tu viens me voir à moi ou tu vas voir tes vieilles ? " (rire). Je restais plus souvent avec maman, mais j'allais leur faire un petit coucou. (...) Les infirmières quand j'arrivais, elles me disaient : " Vous allez voir Jeanne (Augiras) parce qu'elle vous réclame. »*

Aline Gambini essaie de garder le contact avec les personnes âgées qu'elle affectionne, qu'elles se trouvent dans une autre maison de retraite ou à l'hôpital. Le temps de la relation n'est pas circonscrit à son temps de travail, il déborde du cadre salarial. Cela peut l'amener à se sentir mal à l'aise vis-à-vis de ces collègues qui ne s'impliquent pas de la même manière et le lui font remarquer.

*« Mes copines me l'ont dit : " mais tu es folle, tu as été voir Martin et Annette dans leur nouvelle maison de retraite ? ". J'ai dit : " mais moi j'avais envie, c'est tout. C'est une envie comme une autre, voilà. Vous, vous avez envie d'aller prendre un café ou d'aller manger une glace, moi j'ai envie d'aller les voir. Vous vous n'avez pas envie de vous arrêter à un tabac pour leur acheter des cigarettes, moi j'ai envie. »*

*L'autre jour, Monsieur Ben Chérif est venu et m'a dit : « Aline, monte avec moi dans la chambre me mettre le dentier ». Bon, je me suis levée, je suis partie. Christèle m'a dit : " Pourquoi tu ne lui as pas dit d'attendre, tu étais en train de manger ". Bon, c'est vrai, mais le pauvre, il avait envie que je lui mette son dentier. Je ne sais pas, bon elles (les autres*

*collègues) sont gentilles elles aussi mais elles n'ont peut-être pas la même... »* Aline arrête là son propos, embarrassée pour continuer.

Cet attachement aux personnes âgées est devenu pour Aline un élément structurant de son existence, au point qu'elle n'imagine pas pouvoir arrêter un jour<sup>284</sup>.

*« Lorsque je serai à la retraite, je ferai du bénévolat. J'aurai envie d'aller à la maison de retraite, voir les autres, oui. Puis, de toute façon, c'est vrai que ça me plaît d'aller les voir. »*

Aline n'a pas une vision isolée du pensionnaire, elle cherche à le resituer autant que possible dans son environnement familial. L'attachement qu'elle manifeste aux personnes âgées peut ainsi s'étendre aux familles quand celles-ci sont présentes. Ces marques d'intérêt et d'affection peuvent aussi se transformer en attitudes d'évitement notamment pour les familles réputées pénibles et exigeantes, mais le plus souvent, elle a un bon contact avec elles. Parfois même, les relations se prolongent dans de véritables rapports d'entraide pour soutenir, par exemple, une famille qui en a besoin. Rendre service à la famille d'un pensionnaire, c'est, dans son esprit, s'occuper indirectement de lui. Les relations avec les pensionnaires comme avec leurs familles participent de son économie relationnelle.

Aline vient ainsi d'organiser chez elle une réunion " Tupperware " pour faire plaisir à la fille unique d'une pensionnaire qui est hôtesse<sup>285</sup> auprès de cette société et qui rencontre des difficultés financières passagères. Elle me dira s'être débrouillée pour impliquer beaucoup de ses collègues de travail afin qu'elle ait une grosse commande. *« Elle n'osait pas en parler (de cette activité), moi je l'ai fait pour elle. »*

Il nous semble retrouver là, une forme de sociabilité féminine de voisinage qui est transposée ici dans l'univers du travail mais qui n'en a pas moins gardé sa structure originelle d'entraide<sup>286</sup>.

---

<sup>284</sup> Comme nous avons pu le rencontrer déjà chez un certain nombre d'aides à domicile s'occupant de personnes âgées, la relation d'aide est une expérience de vie qui engage toute la vie de la personne. Cf. : Causse, Fournier, Labruyère, 1998, p 64.

<sup>285</sup> Il s'agit de vendre des ustensiles de cuisine en matière plastique à domicile.

<sup>286</sup> Aline emprunte un certain nombre de comportements issus de la culture ouvrière. Nous le percevons dans ses manières de parler comme ses manières d'agir. Nous prendrons ici l'exemple des modes de sociabilités féminines. Michel Verret (1988, p 61) parlant du statut des femmes dans le couple ouvrier nous dit : *« Toute une sociabilité féminine de voisinage s'est, aussi gardée, transférée seulement de l'entraide domestique immédiate à l'usage coordonné des services, scolaires (garde, accompagnement des enfants) ou marchands (achats groupés, réunions « tupperware...»). »* Sans faire d'analyse poussée sur l'origine sociale des aides-soignants notons quelques éléments significatifs qui tendent à montrer globalement une assez forte homogénéité sociale. Une

## **L'engagement affectif à l'épreuve des deuils.**

Parler de l'attachement et des liens affectifs en maison de retraite, c'est aussi parler du temps qui passe, de la mort qui s'y manifeste. Indéniablement, la charge psychique ne saurait être négligée dans ce métier. La douleur du décès est d'autant plus vive que les moments d'échange avec les pensionnaires ont été intenses et réguliers et qu'ils se sont inscrits dans la durée. Ce ressenti, en l'absence d'espace collectif de parole à la maison de retraite, va devoir trouver d'autres lieux et modes d'expression pour s'élaborer. Et c'est à son domicile, lorsque la vigilance de sa conscience sera amoindrie, dans son sommeil, que la douleur du deuil se manifesterà.

*« C'est vrai qu'il m'est arrivé de pleurer devant des corps de grand-mères que j'ai adorées et j'ai toujours une petite pensée pour elles. Je sais, admettons, lorsqu'on apprend, le matin quand on arrive, qu'on nous dit d'un coup : " Tiens, untel est décédé ", ça fait toujours quelque chose. On se dit : " Oh mince, mon Dieu ". Même si c'est un pensionnaire pour lequel je n'avais aucune affection, même si c'est quelqu'un que je n'aime pas trop, quand même, il était là et quand même, il est mort. Pour monsieur Fidenza, ça m'a fait mal mais ça va. Mais pour, madame Baille, ça faisait quand même dix ans que je m'occupais d'elle, je l'avais vue rentrer, elle marchait, c'était une dame très très bien, une dame du monde, et je m'étais très attachée à elle. A sa mort, je n'ai pas fait des cauchemars, la nuit je me revoyais, je me réveillais en me disant : " Mon Dieu, tu étais en train de penser encore à ça ". Parfois aussi quand j'étais seule là (à la maison), d'un coup je me surprénais à me dire : " Mon Dieu " et je me revoyais encore avec son regard posé sur moi et partir. D'abord sur le moment, je m'étais dit : " Non, elle a fermé les yeux parce qu'elle s'est assoupie " et puis après, évacuer, pleurer, évacuer. Il m'est arrivé de pousser des..., de crier, d'aller essayer d'évacuer ça, mais bon. Monique (une collègue aide-soignante), elle m'a dit : " J'ai pas arrêté de pleurer pendant deux jours pour monsieur Brassard". C'est vrai qu'on s'attache. Vous savez ça fait un choc aussi de voir ... (silence). »*

---

interrogation spécifique de l'enquête Emploi de l'INSEE, portant sur les années 2000, 2001, 2002, montre que 35 % des personnels aides-soignants en structures d'accueil pour personnes âgées ont un conjoint ouvrier qualifié ou non. Le pourcentage est de 44 % si l'on ajoute aux ouvriers, les contremaîtres et les techniciens. Par contre, ils ne sont que 15 % à avoir comme conjoint un cadre ou une profession intermédiaire. Si l'on regarde maintenant la catégorie sociale du père, notons que 27 % des aides-soignants en structures d'accueil pour personnes âgées ont un père ouvrier, qualifié ou non. Ils sont 36 % si l'on rajoute aux pères ouvriers, les pères techniciens et contremaîtres et ils sont 63 % si l'on rajoute à ce dernier ensemble, les pères employés civils ou militaires de la fonction publique...

Confrontée à la souffrance, en voie d'être submergée par elle, Aline Gambini se sent un peu moins seule en échangeant avec une collègue le vécu des deuils. Ces échanges informels, dans l'urgence, sont le seul moyen qu'elle ait pu trouver au sein de l'institution pour apaiser ses angoisses. A côté de la souffrance liée à la perte, c'est de l'intensité des relations et des moments passés auprès des personnes qu'il faut rendre compte. Il y a comme une nécessité éthique à s'engager, répondre présent et prendre soin de la personne en fin de vie. Continuer à faire tout ce qu'il y a à faire jusqu'au bout. Cela met Aline dans une dynamique d'action positive, un mouvement vital qui la protège, jusqu'à un certain point, de la déprime, du découragement et de l'épuisement.

Il semble y avoir un autre moteur à l'investissement professionnel d'Aline Gambini, c'est la conscience de sa propre finitude, qu'elle ressent avec une plus grande acuité au fil du temps. Cela fonde son identité de soignante et participe à son mouvement de « l'aller vers » l'autre. Elle nous l'exprimera d'un détour de phrase au cours d'une discussion sur les limites de l'engagement dans le travail.

*« Comme me disait Carine, tu te laisses bouffer. Par exemple, Gustave, monsieur Manganéli, il mange, il fume sa cigarette, deux cigarettes, trois cigarettes, alors qu'il doit être là à sa chambre à sept heures moins le quart pour que je puisse le coucher. Et tous les soirs, c'est du sept heures moins cinq. Comme lui a dit Carine : " Aline, elle travaille tout le temps et elle est en retard à cause de toi ". Mais c'est vrai que c'est moi qui ne lui dis rien. Dans le fond, je me dis, mon Dieu c'est leur dernière maison, si on leur met des contraintes aussi. Et puis peut-être qu'en vieillissant, je deviens plus proche d'eux. »*

Si l'empathie « permet, une certaine régulation des affects et une certaine circulation d'amour »<sup>287</sup>, elle ne prémunit pas, pour autant, du rejet de l'autre, notamment dans les moments les plus dramatiques. Chaque nouveau deuil de la maison de retraite fait écho à ses propres deuils. Aux prises avec ses conflits intérieurs et un sentiment de culpabilité qui la ronge, Aline manifestera de l'agressivité verbale envers des pensionnaires déments ou grabataires qui vont réactiver des pulsions de mort.

---

<sup>287</sup> Cf. Benoit-Lapierre, Cevasco, Zafiroopoulos, 1980.

« - Après la perte de ton papa, ça n'a pas été trop dur de travailler aux Aves ?

- Oui, c'est vrai parce que j'ai eu des moments de haine. Si je voyais un pensionnaire tout grabataire et qui n'a plus du tout sa tête, un peu comme Julie Fumarolie, je me disais : « Mon Dieu elle est là et elle vit, elle. » Toi tu te dis quand même mon papa il est mort d'un infarctus. C'est vrai que tu as des moments de rage. Tu te dis que c'est mal fait, et tu le prends mal. Il faut savoir refouler un peu tout ça, mais c'est dur. (...) Je commençais à prendre conscience que ce n'était pas de leur faute si papa il était décédé, que c'était la fatalité, quand j'ai eu l'immense peine de perdre aussi mon neveu. Le fils de ma petite sœur qui est mort à dix-huit ans d'une rupture d'anévrisme, ça va faire six ans, (voix cassée remplie d'émotion) et la mort du petit m'a encore deux fois plus choquée que la mort de mon père, et je reste toujours choquée. Pourtant à la mort de mon père, j'étais très malheureuse mais à celle de mon neveu, c'est quelque chose que j'arrive pas... Un matin ma mère en allant le réveiller pour aller à l'école l'a trouvé mort. C'est horrible ! Et donc c'est quelque chose que je n'arrive pas à refouler. Même maintenant, il y a des moments où quand ça ne va pas, j'ai toujours cette rage. C'est vrai qu'une fois même, j'ai été un peu méchante, et je le regrette encore. C'est vrai qu'un jour j'ai eu un moment de rage et j'ai dit (à un pensionnaire) : « Mon Dieu, et ça vit, ça ! » et c'est vrai que c'est pas beau. C'est vrai que c'est dégueulasse ce que j'ai dit, mais c'était à un moment de rage. Et Sabine (une collègue aide-soignante) m'a dit « Tu es folle, qu'est-ce que tu as dit là ! » C'est vrai, je l'ai dit, (elle chuchote) pardon mon Dieu, ce que je suis méchante d'avoir dit ça<sup>288</sup>. Je ne le pensais pas mais ça a été sur le moment, dans un moment d'énervement, de fatigue et puis de rage d'avoir perdu mon neveu si jeune, bêtement. »

Aline nous relate ensuite l'histoire d'une collègue de travail, Marie-Laure Orrizo, qui a perdu un enfant à la naissance et qui lui a confié qu'elle avait eu le même type de réactions agressives à son travail à la suite de cet événement traumatisant. La mort est d'autant plus inacceptable qu'elle frappe de jeunes individus. Plusieurs aides-soignantes nous ont dit leur refus de travailler en pédiatrie pour ces raisons là. Mais même circonscrite au territoire de la vieillesse, la mort de l'autre n'est pas facile à supporter.

---

<sup>288</sup> L'immixtion répétée d'une terminologie religieuse dans les entretiens donne une tonalité particulière au récit d'Aline Gambini. Même si beaucoup de termes religieux sont passés dans le langage courant, leur utilisation réitérée, nous met sur la voie d'une résonance particulière. Aline affirmera de sa propre initiative lors de notre première rencontre à la maison de retraite qu'elle est catholique et vient d'accomplir un voyage à Lourdes qui l'a beaucoup marquée. Nous la questionnerons sur un lien éventuel entre sa foi et son travail. Elle refusera tout rapport explicite et rejettera cette clé de lecture que nous laisserons à l'état d'hypothèse.

L'absence de lieu et de temps d'élaboration d'une parole collective entre pairs avec un professionnel extérieur fait cruellement défaut en structure gériatrique. Beaucoup de questions restent en suspens. Où trouver la force pour continuer à s'occuper de vieilles personnes grabataires ou démentes qui peuvent à certains moments de dégradation physique ou de perte de lucidité sembler avoir déjà quitté « le monde d'ici-bas » ? Comment accepter leurs existences alors que d'autres, plus jeunes et pleins de vie, meurent ? Comment faire face à cela quand on est soi-même en situation de fragilité personnelle ? Comment gérer son agressivité, face à la menace narcissique que peut susciter le vieillard dément et décati ?

La mort, l'agonie sont au cœur de la tension dramatique du travail soignant en maison de retraite médicalisée. Les projections affectives sont certes nécessaires, elles permettent de tenir mais elles peuvent être pénibles à vivre lorsque la mort est là présente, toujours prête à surgir, inéluctable, qui se répète et qui renvoie à ses propres deuils et douleurs, pas toujours bien cicatrisées. Dans le témoignage suivant, Aline Gambini décrit comment, alors que son père est mort depuis un an, elle a craqué en faisant la toilette mortuaire d'une personne âgée, un grand professeur de médecine.

*« ...il y avait peut-être tout juste un an que mon père était décédé quand le père du professeur Roux, le rhumatologue de l'hôpital C. (un grand CHU), qui était chez nous en tant que pensionnaire, est décédé. J'étais en train de l'habiller, et d'un coup j'ai eu la vision de mon père. Et là j'ai craqué, vraiment. J'ai dit à Maurice (l'infirmier en chef) : " J'en peux plus, je peux pas, je peux pas ". Et je me suis mise à pleurer, à trembler... Des fois, on a la vision de nos propres chagrins, de nos propres décès, et c'est vrai que là, quand même, pour monsieur Roux ça m'avait... Après Maurice m'avait dit, qu'il ne voulait pas que je m'approche quand on avait d'autres décès. Pendant au moins presque six mois, il a dit : " Aline non ", parce que j'avais vraiment craqué là. On aurait dit que c'était mon propre père que je venais d'habiller. Heureusement que je n'ai pas pleuré comme ça devant la famille, elle m'aurait dit : « elle n'est pas tranquille ». Parce que pour pleurer, c'est vrai que j'ai pleuré. Mais j'ai eu la vision de mon père et c'est vrai que ça fait mal (silence). »*

En accomplissant ces gestes pour une personne « d'importance » dont elle connaissait la famille de réputation, Aline Gambini a revécu la mort de son propre père et ressenti une douleur intense qui lui a fait perdre ses moyens. Ces mécanismes de transfert l'ont surprise et morfondue.

## Des relations électives et sélectives

Aline Gambini engage tout son être dans ce travail, elle s'y projette affectivement et s'approprie ainsi les choses et les êtres. Cela transparaît dans ses propos, par l'usage répété des pronoms possessifs, lorsqu'elle parle des personnes âgées ou de son lieu de travail.

*« J'aime bien mon étage parce que je me suis habituée à mes pensionnaires. Si on me change d'étage, d'accord, mais qu'on m'y laisse à cet étage, pas me faire tourner, ça non. »*

Dans cette affirmation, nous sommes en présence d'une double appropriation, celle de l'espace de la maison de retraite « *son étage* » et celles des personnes âgées, « *ses pensionnaires* », les deux étant intimement intriqués.

*« - Si tu as ton étage à toi, moi je me sens plus responsable, donc je fais mieux les choses que si je monte au quatre, par exemple. Je m'en fous moi du quatre<sup>289</sup>, enfin s'il y a quelque chose je le fais, mais je ne viendrai pas ranger les armoires (des pensionnaires)<sup>290</sup>.*

*- C'est pour ça que quand je te demandais, est-ce que tu aimerais changer d'étage ?*

*- Non, non. Moi c'est pas pour mon troisième, c'est pas le troisième. Moi je dis c'est pour le bien-être du pensionnaire. Puisqu'ils (les membres de la hiérarchie) nous cornent sur tous les tons que c'est le pensionnaire qui prime, comme j'ai dit à Maurice (l'infirmier en chef), jouez le jeu jusqu'au bout. Il n'y a pas que nous qui devons le faire. »*

En voulant faire changer les aides-soignantes chaque mois d'étage, la direction s'en prend à l'économie relationnelle de certains soignants qui, comme Aline Gambini, ont bâti des rapports personnalisés avec des pensionnaires. Cette initiative de la direction la révolte, tout comme les changements de chambre des pensionnaires. Qu'on la change régulièrement d'étage ou que l'on change les pensionnaires d'étage, dans tous les cas, en agissant ainsi, la direction la fragilise. Sa personnalisation des relations la met en porte à faux avec le

---

<sup>289</sup> L'étage « Alzheimer ».

<sup>290</sup> Dans son travail, Aline est amenée à surveiller deux fois par jour le quatrième étage, pendant le temps de pause de l'aide-soignante responsable du quatrième étage. C'est un étage fermé qui ne doit pas rester sans surveillance. Son investissement est dans ces temps minime. Elle reste assise à la salle d'infirmier et n'intervient que si un pensionnaire vient lui signaler un problème.

fonctionnement institutionnel qui parie sur l'interchangeabilité des personnels et une plus grande distance entre pensionnaires et aides-soignantes.

Pour autant son fort engagement affectif n'est pas constant au sein de son étage comme dans le reste de la maison de retraite. Son enthousiasme et dévouement pour certains, contraste avec l'indifférence affichée pour d'autres pensionnaires. Elle s'engage différemment quant il s'agit de défendre Gaston plutôt que Maryse. Elle est furieuse contre la direction qui a changé Gaston<sup>291</sup> de chambre. Elle se montre révoltée à l'idée que celui-ci ait pu être transféré au quatrième étage de la maison de retraite pour faire place à de nouveaux arrivants.

*« Des fois on dit : mais pourquoi ils l'ont changé alors qu'il était bien, là. C'est comme ils sont allés mettre Gaston au quatrième étage parce qu'ils ne savaient pas où le mettre, et qu'il y avait un lit d'homme de libre au quatrième, je trouve ça injuste. Ils avaient besoin d'une chambre de couple double pour des nouveaux arrivants qui ne voulaient pas dormir dans la même chambre<sup>292</sup> (...) Il faut les voir quand ils quittent leur chambre et qu'ils rentrent dans leur nouvelle chambre ! Ils sont là, ils regardent en l'air, ils perdent leurs repères pendant un long moment. Après ils (les membres de la direction) te disent : « Mon Dieu, il a changé ! ». Ma foi, si vous arrêtiez de les changer de place, ils ne changeraient pas. Comme j'ai dit l'autre jour : « arrêtez de les changer, ils ne seront pas perturbés ». Gaston, le pauvre, il sait plus où il est. Au quatrième, ils ont été le mettre ! Comme il m'a dit : " ils m'ont mis avec les fadas<sup>293</sup> ", le pauvre (rire) ça me fait de la peine ! Je lui ai dit : « mais non, ne t'inquiète pas, on va te remettre avec moi et tout. » C'est vrai, dès que j'ai une place, je vais voir de le récupérer mais bon (silence), il me faudrait une place d'homme, pour l'instant je n'en ai pas. »*

Lorsque je parlerai à Aline Gambini de Maryse, une pensionnaire aveugle et isolée, sans famille, qui a été elle aussi déplacée et séparée de son amie de chambrée pour être mise au premier étage<sup>294</sup>, elle ira jusqu'à approuver le choix de mobilité de la direction. Elle en développera une argumentation pseudo-médicale comme le fait fréquemment sa hiérarchie en pareille situation.

---

<sup>291</sup> Nous apprendrons qu'il est le frère de son premier directeur qu'elle appréciait beaucoup quand elle travaillait dans sa clinique.

<sup>292</sup> Il s'agit de deux chambres séparés ayant un petit hall d'entrée et un cabinet de toilette en commun.

<sup>293</sup> Cf. le quatrième étage « Alzheimer »

<sup>294</sup> Etage où sont mis les personnes dont l'état de santé demande une surveillance soutenue et régulière.

« Ils ont mis Francette au Mas et ils ont mis Maryse, parce qu'elle est devenue complètement aveugle, au premier étage. Il faut qu'elle soit au premier, en plus, elle est plus près de la salle à manger, car elle est en fauteuil, elle ne marche plus<sup>295</sup>. C'est une pensionnaire pour le premier. »

Peu après ce changement de chambre, l'état de santé de Maryse va se dégrader, allant de mal en pis. Elle se mettra à pleurer toute la journée seule dans son lit qu'elle ne quittera plus, inconsolable de cette séparation d'avec sa voisine de chambre. Le seul moyen que trouvera l'aide-soignante du premier étage pour la faire manger, ce sera de lui parler de Francette et de lui faire espérer une visite prochaine de son ancienne voisine qui vit désormais dans une chambre seule à l'aile de la maison de retraite réservée aux plus valides. Deux mois après, j'apprendrai que Maryse a été transférée au quatrième étage, comme Germain. J'en reparlerai alors avec Aline qui trouvera cela normal compte-tenu de l'évolution de son état de santé. Elle mourra peu de temps après.

Dans l'économie affective d'Aline, on peut distinguer les pensionnaires qu'elle affectionne et qu'elle cherche à protéger de son mieux et ceux qu'elle n'apprécie pas, desquels elle se tient à distance. Un jour Aline nous dira de Maryse qu'elle est « méchante », sans vouloir nous donner d'autre explication et contre l'avis des autres aides-soignantes qui l'apprécient. Sur le plan du travail quotidien, ces différentes manières d'être, se traduisent par des comportements différenciés, des manières de faire variables d'une personne à l'autre<sup>296</sup> même si la base du travail reste la même.

« - Comment gère-t-on le travail avec les personnes que l'on n'aime pas, à qui vous devez donner des soins. Entre Ibrahim et Madame Rose<sup>297</sup>, par exemple ?

- C'est vrai, oui avec Ibrahim, j'ai des contacts. C'est vrai qu'avec la personne que j'aime, je le sais... mais c'est tout le monde qui fait comme ça. Dans ces cas, on est plus gracieux, on est plus à leur écoute. Avec l'autre, admettons avec madame Rivoire qui nous prend la tête, ou madame Valais qui nous prend aussi la tête, on va être à son écoute aussi, parce qu'on est

---

<sup>295</sup> Nombre de pensionnaires en fauteuil sont logés dans les étages, cela ne constitue pas une raison suffisante d'affectation à celui des « gros malades ».

<sup>296</sup> Voir aussi le récit de vie de Simone Alazard lorsqu'elle évoque le sort réservé aux pensionnaires pénibles en maison de retraite.

<sup>297</sup> Reprise exacte de la manière dont elle dénomme ces deux pensionnaires, le premier qu'elle apprécie et la seconde qu'elle trouve pénible.

*obligé, mais on sera moins patient, moins gracieux. Moi je sais que je le ressens comme ça. Il y a des pensionnaires, c'est vrai que, bon je vais m'en occuper mais je vais être moins attentive que pour un autre, que j'apprécie. »*

Les incessants appels des pensionnaires pénibles, comme ceux de Madame Valais, sont régulièrement passés sous silence. Aline s'en tient alors aux consignes de la direction, elle assure les besoins physiologiques quotidiens, les soins de base et se limite à cela. Sur ce point, elle se comporte de la même manière que ses collègues et se met là à la même distance qu'elles.

Les relations électives d'Aline Gambini, sa manière de construire des relations privilégiées avec certains d'entre eux, la conduisent à répondre « présent » aux pensionnaires qui la touchent, au détriment des plus discrets. Son surinvestissement auprès de certains lui fait oublier d'autres pensionnaires peu exigeants ou réservés qui passent plus facilement inaperçus à la maison de retraite.

*« Madame Blanc, elle avait soif, elle n'osait pas appeler. Quand elle m'a vu passer, elle m'a dit : « Petite, petite », j'ai dit « Oui je viens ». Et après, elle m'a dit : « J'ai soif », parce qu'elle est perfusée, elle est fatiguée en ce moment. C'est vrai que c'est à son détriment par rapport à madame Pastillo qui ne se gêne pas pour sonner ou qui appelle madame Bouletin (l'assistante sociale), ou maintenant, (rire) qui m'appelle au micro quand ça va pas assez vite ! »*

Entre une politique de relation de service de type hôtelier que veut instaurer la direction, la demande d'attention des pensionnaires et son besoin d'attachement, Aline Gambini, se fraie un chemin difficile. Les relations électives et les rapports d'exclusivité qu'elle a établis avec des personnes âgées, sont devenus constitutifs de la manière dont elle envisage son métier d'aide-soignante. Aline a besoin, à chaque fois, d'individualiser sa relation aux autres. Elle accepte mal de travailler pour un collectif de personnes. Aussi, se heurte-t-elle aux propositions de la direction qui lui demande de concevoir et d'organiser des animations pour des groupes de pensionnaires<sup>298</sup> les après-midi.

---

<sup>298</sup> Cf. Première partie, chap. « L'animation sociale et la notion de soutien social individualisé ».

## L'ambiguïté du don

La posture du don de soi est constitutive du mode de fonctionnement d'Aline Gambini. La reconnaissance de son investissement par les pensionnaires et leurs familles, lui procure un grand plaisir et est une source de valorisation personnelle dans ce métier mal considéré et peu reconnu. Mais les formes que peut prendre la gratitude sont parfois discutables. Elles vont du petit présent spontané à des cadeaux plus conséquents des familles, en passant par des gratifications financières. Nous serons témoin d'une remise d'argent d'une pensionnaire qui donnera discrètement un billet de 50 francs à Aline. Après avoir fait un premier geste poli de refus, elle prendra le billet et le mettra dans sa poche. A ce moment-là, la personne âgée dit : « *tu le mérites bien avec tout ce que tu fais pour moi* ».

Dérapage professionnel ou non, nous n'entamerons pas ce débat. Remarquons simplement que les services qu'Aline rend ne semblent pas faire système. Il ne s'agit pas de contreparties financières en échange de services rendus précis. Ces présents ou cet argent semblent rester un acte volontaire de quelques pensionnaires qu'Aline ne cherche d'ailleurs pas à dissimuler. Mais elle va plus loin que nombre de ces collègues qui confrontées à ces mêmes situations<sup>299</sup> posent plus vite des limites. Aline se justifie ainsi :

« *... pourtant on leur demande rien, mais c'est comme ça. Pour en revenir à madame Brun, (rire) avant hier je parlais avec Sabine et Véronique, on parlait des cadeaux de Noël, on disait que ça revenait cher et voilà que madame Brun passe par là. Elle me regarde, elle fait (son du baiser) je lui fais (son du baiser) et puis quand elle a vu que j'étais seule, elle revient vers moi et me dit : " Dites, Aline, si vous voulez que je vous prête de l'argent, je vous en prête. Parce que j'ai entendu que vous étiez fauchée " (rire). J'ai dit : " Mais ce n'est pas ça ". Mais ça m'a fait rire parce que dans un fond, elle s'est dit, mon Dieu ça revient cher et autant elle n'a pas d'argent, alors je vais l'aider. Je dis que c'est gentil, ça m'a fait rire, et je l'ai répété à tout le monde. »*

---

<sup>299</sup> Fatima, agent de service, va trouver sa responsable pour lui dire son embarras face au cadeau que vient de lui faire une pensionnaire. Elle lui demande conseil : « *je n'ai pas osé refuser mais je suis embêtée...* ». Celle-ci lui dira d'accepter ce témoignage d'affection. Il s'agit d'une tablette de chocolat. Nous voyons au travers cet exemple les différences de positionnement des salariés sur cette question.

Pour Aline Gambini, donner ce n'est pas engager l'autre dans une forme d'obligation de retour en affirmant sa puissance et son emprise sur lui. Ce n'est pas pour autant s'inscrire dans un don de soi gratuit, unilatéral<sup>300</sup>. Elle est fière de recevoir des présents et se sent valorisée par ces attentions. Avec une certaine spontanéité enfantine, Aline Gambini dit sa joie de recevoir de tels gestes d'attention. Tous les cadeaux, qu'ils aient ou non une réelle valeur monétaire, l'émeuvent.

*« Là, j'ai fait mes cinquante ans, il faut voir comme j'ai été gâtée. Mais des petits trucs. Alors, qui m'a offert un paquet de bonbons, qui m'a offert un dessin, qui m'a offert un crayon, enfin des trucs comme ça. Mais pour eux, c'est peut-être... C'est comme Monsieur Desnos qui m'a dit : « Tiens, à Noël, je vous garderai ma bouteille de champagne ». Pour eux, je sais pas, c'est pour montrer peut-être qu'ils nous aiment. »*

Lorsque la famille de Gaston lui a offert une « *belle montre* » pour ses cinquante ans, elle ira clamer sa joie à qui veut l'entendre dans toute la maison de retraite. Cela n'est guère du goût de tous, une infirmière salariée le lui fera remarquer, mais Aline ne veut pas l'entendre. Il s'agit pour elle d'une reconnaissance de son engagement. C'est aussi un moyen de montrer à la direction que les pensionnaires et les familles sont contents d'elle, de sa manière de faire son travail. Ces gages de sympathie la valorisent, lui font accepter la charge quotidienne, redonnent du sens et de la vie à son quotidien de travail. Elles forment une sorte de contrepartie à son engagement.

### **Les limites d'un hyper-investissement professionnel et familial**

L'investissement affectif d'Aline Gambini et son mouvement de don de soi, lui apportent plaisir et satisfaction, mais ce sont aussi une source d'usure. Si, comme nous venons de le

---

<sup>300</sup> Si nous ne sommes pas dans la situation que décrit, Marcel Mauss (1950 pp.145-279) lorsqu'il dit que « *le don a valeur de combat, de lutte incessante* ». Pour autant, il participe d'un système d'attente et perpétue un lien social qui tend à être menacé par un mouvement de normalisation des relations soignants/soignés et une rationalisation du travail. Nous sommes tentés ici de faire un parallèle avec l'analyse que dresse Antoinette Chauvenet (2000 p 140) à propos des gardiens de prison. « *Ce système de dons contre-dons est le moyen par lequel les protagonistes sont réintroduits comme semblables au sein de la dissymétrie, où est créé un espace social commun. C'est le moyen par lequel une certaine liberté peut s'exercer, une marge de jeu et de pouvoir se recomposer au niveau des relations, dans un univers formellement tout (rempli) de contraintes. Il substitue, dans le quotidien, des relations de réciprocité de la dette à la dépendance extrême à laquelle sont soumis les détenus – et aussi bien les surveillants. En cela la dette est un moyen d'engager et de lier l'avenir des relations, là où le système carcéral ne prévoit qu'une temporalité répétitive au présent, d'introduire du risque et du hasard dans un univers réglé où rien ne doit advenir, où l'événement n'est que menace et danger.* »

voir, le don s'accompagne de contreparties, de réciprocité, de marques d'attentions, pour autant, il ne s'inscrit pas dans le cadre d'un échange équilibré. Le donateur est dans une posture qui est, par définition, inégale et qui peut devenir destructrice pour lui s'il n'arrive pas à poser des limites. C'est dans le sentiment d'obligation que le donateur a à donner, et donc à se donner, directement ou indirectement, qu'on peut voir se développer des rapports d'aliénation qui touchent les deux termes de la relation<sup>301</sup>. Nous n'avons pu clairement identifier chez Aline Gambini les mécanismes historiques de ce besoin de don comme nous avons pu le faire dans d'autres récits de vie, avec Simone Alazard ou Marie-Laure Orrizo par exemple. Il est toutefois intéressant d'en montrer ici les manifestations concrètes.

Aline vit son travail dans une forme de prolongement familial. Elle réinvestit sa puissance d'amour dans ses relations avec les pensionnaires. Lorsqu'elle devient jeune maman de jumelles, il n'est pas question d'arrêter de travailler pour se couper des pensionnaires, ni de se séparer de ses enfants. Elle décide de faire une demande au directeur pour travailler de nuit. Elle essaie de conjuguer au mieux sa vie professionnelle et sa vie familiale sans lâcher prise d'un côté comme de l'autre, au prix d'un accroissement de sa charge de travail et d'un certain renoncement à soi-même.

*« Je suis passée de nuit parce qu'un poste s'est libéré. Le malheur de l'une a fait mon bonheur. On avait alors une aide-soignante qui était assez dépressive et elle a fait une tentative de suicide sur le lieu de travail, pendant les heures de travail, donc ça a été, bien sûr, le renvoi. J'ai pris la place, voilà. J'ai commencé à faire les nuits, les petites avaient quatre mois et je l'ai fait pendant sept ans. (...) Quand je travaillais de nuit, j'avais pris l'habitude de ne pas dormir le matin. Je dormais l'après-midi au moment où elles faisaient leur sieste. J'en ai une qui aime dormir, donc avec elle il n'y avait pas de problème, mais sa sœur, c'est une insomniaque, de toute petite, elle n'a jamais aimé dormir. Donc pense un peu, il y avait des fois, elle me faisait passer des après-midi, elle avait plutôt envie de jouer que de dormir. Dans ces cas là, je dormais pas beaucoup. (...) J'ai craqué à la mort de papa, c'est vrai que la mort de papa, ça a été le choc, mais si j'ai craqué c'est que je pense qu'il y avait*

---

<sup>301</sup> Ce mouvement du don est décrit par Marcel Mauss (1950, p 227) lorsqu'il affirme, « on se donne en donnant, et, si on se donne, c'est qu'on se « doit » - soi et son bien – aux autres. » Nous sommes renvoyées ici, à la question du mouvement qui anime le donateur. Si le don est empreint d'un sentiment de dette ou de culpabilité trop fort, il peut devenir infini et l'entraîner dans une perte de soi en l'autre, aboutir à de la con-fusion. Pour lutter contre cela, il sera nécessaire de comprendre les raisons personnelles qui entraînent le donateur à se déployer dans ce mécanisme et trouver les éléments qui permettent de se « ré-appartenir ». Sinon le risque est d'aboutir à des relations de plus en plus tendues, de voir se développer des attitudes de domination/possession de l'autre ou de sacrifice de soi. Cf. Conclusion.

*aussi le manque de sommeil, la fatigue, surtout. Il m'est arrivé d'être dans un repas ou ici avec des amis ou de la famille et de m'endormir à table<sup>302</sup>. Il y avait la fatigue de la nuit, la fatigue de la journée et la mort de papa. C'est vrai qu'on pense toujours que ça arrive aux autres et puis bon quand ça t'arrive à toi... Donc j'ai été choquée par sa mort et je sais pas si c'est la fatigue, mais j'ai fait une dépression. J'ai été arrêtée pendant un mois et quand ça a été la reprise du travail, le médecin du travail m'a dit : « Moi je suis pour que vous repreniez votre travail mais pas de nuit, il vous faut un poste de jour sinon vous ne guérirez jamais. Parce que j'avais des comprimés pour dormir la nuit, je ne pouvais pas les prendre, mon traitement était tout faux. Je ne dormais plus, je pleurais, j'étais grognon, j'étais devenue acariâtre. »*

Si l'on considère la mort du père, comme le point de basculement à partir duquel elle a décompensé, c'est sa volonté de vouloir tout gérer et tout assumer qui a conduit Aline Gambini à cette situation d'épuisement. Elle va être obligée de reconnaître la limite d'un tel engagement dans la durée. Mais elle vivra pendant sept ans ainsi, ce qui dénote d'une bonne capacité de résistance. Avec le recul, elle nous dira ne pas regretter cette expérience.

*« C'est un choix, qui nous (faut-il entendre par ce « nous » son mari et elle ?) a permis qu'elles (ses deux filles) ne soient pas dans les garderies ou dans les crèches. »*

Si Aline suit l'avis du médecin, c'est parce que sa santé est en jeu et que ses filles ont grandi et acquis de l'autonomie. Toutefois lorsqu'elle reprend son travail de jour, elle prend soin de demander d'assurer les remplacements des aides-soignantes de nuit en congés afin d'être présente pour ses enfants pendant les vacances scolaires. Lorsqu'elle fait le choix de travailler de nuit, elle opte pour la solution la moins coûteuse pour l'économie familiale et son économie psychique. Au contact d'un autre modèle, celui de sa cousine qui a mis en crèche ses enfants, elle reconnaît qu'elle aurait pu faire un autre choix, mais elle ne regrette rien. Elle se rend compte que sa manière d'être n'était pas la seule possible<sup>303</sup>, ni forcément la meilleure, mais cela semble avoir été la seule envisageable pour elle, qui avoue avoir besoin de « *materner* » beaucoup les siens.

---

<sup>302</sup> Cf. Le récit de vie d'Anaïs Nissan sur cette question de l'épuisement professionnel.

<sup>303</sup> Contrairement à Marie-Laure Orrizo la famille ne peut guère prendre le relais, aucun des parents, beaux-parents n'étant sur place pour assurer la garde des enfants.

« C'est vrai que pour elles, pour moi, c'était bien. Maintenant je ne sais pas, peut-être que ça les aurait plus éveillées d'être à la crèche. Parce que je vois mes filles, par rapport à la fille d'une cousine à mon mari, je trouvais qu'elle était plus éveillée, c'était un paquet d'énergie par rapport à mes filles, pourtant elles n'ont que neuf jours d'écart. J'ai trouvé que Clarisse, au même âge, elle savait mieux faire les jeux d'éveil que mes filles. Peut-être parce qu'elle était au milieu de beaucoup d'enfants et que moi je les maternais trop aussi. »

Aline Gambini est dans l'image de la mère qui garde auprès d'elle, le plus près possible et le plus longtemps possible ceux qu'elle affectionne, les siens et par extension les personnes âgées de la maison de retraite. L'élargissement de sa fonction maternante aux pensionnaires la fait certainement tenir dans cet univers déshumanisant de l'institution gérontologique. Cela devient un piège qui se referme sur elle, dès lors qu'elle veut être présente dans la durée sur tous les terrains, familial et professionnel. En occultant son sommeil et sa fatigue, en travaillant jour et nuit, pour être présente partout, dégageant le plus de temps possible aux autres, elle est dans le sacrifice d'elle-même, mettant en jeu sa propre santé physique et mentale.

### **Un apprentissage professionnel sur le tas**

Aline est fière du métier qu'elle exerce dont le sens et l'utilité ne sont pas à démontrer. Le fait de travailler dans le "médical", de porter une tenue blanche, revêt pour elle une forte valeur symbolique, même si elle est positionnée au bas de l'échelle sociale des professions de soins et qu'elle n'a pas le diplôme professionnel. Elle est bien consciente de cette situation et se ressent proche des agents de service de la maison de retraite, ce qu'elle exprime de manière crue en disant : « vous, vous nettoyez les cabinets, nous, on nettoie les culs<sup>304</sup> ».

Partie de rien, elle est rentrée comme agent de service dans une clinique et s'est accrochée. Elle s'est impliquée dans son travail d'agent d'entretien, a fait preuve d'autonomie et d'esprit d'initiative, s'est faite remarquer et a obtenu un poste d'aide-soignante. Aline évoque sa première expérience professionnelle au sein d'une clinique privée avec une certaine fierté dans la voix :

---

<sup>304</sup> Cf. Introduction.

« *Mes après-midi, quand il y avait presque rien à faire, que les chambres étaient propres, je leur faisais la stérilisation. A l'époque, il fallait nettoyer les thermomètres, les seringues qui étaient en verre, il fallait bien les laver. J'aimais bien faire ce travail là, et la major, elle voyait que je prenais plaisir à le faire. Alors, un jour, elle m'a dit " Ça ne te plairait pas de passer dans le médical ? " J'ai dit " Bien sûr, ma foi ". Et elle m'a dit " Ecoute si tu veux, on va te prendre à l'essai tout l'été, mais seulement à une condition, que tu prennes tes congés en octobre ". Eux ça les arrangeait, comme ça ils avaient une remplaçante et moi rien que l'idée de passer en médical, je me foutais bien pas mal de mes congés. Elle m'a dit " Si tu fais l'affaire, on te garde dans le médical, si tu fais pas l'affaire, tu retourneras à tes balais". J'ai bossé, je te dis pas, pendant les trois mois j'ai tout appris, à faire les piqûres, à vouloir tout... enfin, tout ce qu'on me disait de faire, je le faisais. J'essayais de m'améliorer de jour en jour, et puis après, fin septembre, elle m'a dit " Quand tu rentreras de congé, on te dira où tu vas ". Elle m'a faite marcher, elle me l'a dit après ! Moi j'en pouvais plus, et pendant que j'étais en congé, je l'ai appelée, j'ai dit : " Je voudrais savoir si je prépare la blouse blanche ou la blouse bleue (rire ). Alors elle m'a répondu : " Non, tu peux laver la blouse blanche ". Et voilà, après je suis restée dans le médical. A l'époque, on ne demandait pas des diplômés comme maintenant. La seule chose qu'on demandait, c'est qu'on travaille et puis qu'on fasse notre travail bien, c'est tout. »*

Comme pour Simone Alazard<sup>305</sup>, Aline Gambini fait ses armes avec une infirmière qui lui apprend le métier au-delà même de ce qui est autorisé dans cette fonction d'aide-soignante. Elle apprend ainsi à faire des piqûres, prendre la tension... On devine, au travers de son récit, le plaisir et la gratification qu'ont pu lui procurer cet apprentissage et cette mise en responsabilité.

« ... *Quand elle voyait que j'étais capable, elle me lâchait toute seule. Elle me disait : " Ça y est, tu sais faire les toilettes intimes, " prendre la tension " ou alors " tu sais maintenant piquer ". C'est en regardant que j'ai appris. J'étais jeune, ils ont trouvé que j'étais dégourdie. On m'a montré et j'ai tout appris sur le tas. »*

---

<sup>305</sup> Cf. dernier récit de vie.

Son absence de diplôme ne s'avérera pas un handicap pour toute la première partie de sa vie professionnelle, sa situation est alors communément répandue<sup>306</sup>. Elle est encore jeune et son expérience professionnelle est un passeport pour l'emploi. Mais contrairement à Joséphine Roche dont nous verrons plus loin le récit, elle n'anticipera pas l'évolution du marché du travail et le poids grandissant du diplôme pour cette fonction. Elle ne cherchera pas à obtenir le titre d'aide-soignante au moment où il n'y a pas encore, en interne, de concours d'entrée pour l'obtenir. Son difficile rapport aux études la tiendra éloignée de cette perspective. Aujourd'hui, alors qu'elle a 50 ans, que les règles du jeu et les formes de reconnaissance ont évolué, que les nouvelles recrues sont de plus en plus des diplômées, elle se sent menacée et s'accroche tant bien que mal à son emploi de faisant fonction. Lorsque nous lui demanderons ce qu'est pour elle, "*un bon professionnel*", nous percevrons, au travers de sa réponse défensive, son sentiment de fragilité et de vulnérabilité professionnelle. Alors que nous lui posons une question somme toute banale, « *Qu'est-ce que c'est pour toi, être professionnelle ?* » elle s'en sert pour justifier son parcours professionnel, minimiser l'importance du diplôme et valoriser l'expérience concrète de terrain, véritable lieu d'apprentissage du métier.

*« D'après moi, être professionnelle, ça ne veut pas dire avoir automatiquement son diplôme. Pour moi, être professionnel, c'est être quelqu'un qui s'en sort sur le terrain, qui n'a pas besoin d'aide. Mettons : elle voit un début d'escarre, qu'elle sache faire le soin, la prévention d'escarre. Etre professionnelle pour moi, c'est quelqu'un qui sait prendre des initiatives, sans aller toujours demander. »*

Ces 17 années de travail comme faisant fonction d'aide-soignante dans cette maison de retraite lui ont donné le sentiment d'une bonne maîtrise de son travail. Pourtant, nous sentirons par moment un manque d'assise professionnelle, un défaut d'assurance sur un certain nombre d'actes ou de gestes professionnels, comme si elle se sentait menacée par les nouveaux modes d'apprentissages de ses collègues diplômées.

Aline se montre moins à l'aise que d'autres, par exemple, pour prendre les tensions et les températures. Elle regarde à deux fois, inscrit tout de suite les informations sur le cahier de

---

<sup>306</sup> Le grade d'aide-soignante n'est créé qu'en 1949 pour substitution aux différents cadre des servants et servantes des personnels hospitaliers, quant à la formation professionnelle qualifiante elle est mise en place en 1956. Cf. Arborio, 2001.

liaison, de peur d'oublier. Lorsque qu'elle relève la température d'une pensionnaire et qu'elle voit inscrit sur un thermomètre électronique : « 38°56 », elle nous demande, “ *c'est quoi ça ?* ” Nous lui répondrons “ 38°6 ”, ce qui la satisfera. Sa collègue diplômée de la contre équipe Anaïs Nissan, se moquera en notre présence des fautes d'orthographe qu'Aline Gambini a faites dans le cahier de liaison ainsi que de sa manière d'écrire les informations médicales en langage très familier.

Aline Gambini n'est pas porteuse des nouvelles normes d'asepsie qui sont données au cours de la formation professionnelle d'aide-soignante. Elle prend peu de précautions pour se protéger et protéger les pensionnaires. Elle travaille toujours sans gant, à main nue. Sa conception du métier est d'une certaine manière cohérente avec sa manière de faire, dans un corps à corps direct, comme les relations humaines qu'elle établit assez spontanément avec les personnes âgées.

### **L'absence de perspective professionnelle, une source de précarité.**

La formation joue un rôle de référent pour les jeunes aides-soignantes diplômées et leur donne une assise professionnelle. La transmission des savoirs sur le tas, par le compagnonnage, n'est plus aujourd'hui le modèle dominant. Aline se sent coincée à cette place de faisant fonction et ne peut guère évoluer, sauf à postuler à la formation d'aide-soignante ; ceci nécessiterait de passer et réussir le concours d'entrée qui lui fait peur ou de s'inscrire dans une procédure de validation des acquis de l'expérience, non encore mise en place au moment de nos entretiens. Alors qu'elle s'est toujours impliquée et démenée au travail, Aline Gambini ressent avec acuité sa fragilité statutaire, liée à son absence de diplôme professionnel. Elle sent peser cette absence de reconnaissance, comme une épée de Damoclès au-dessus de sa tête.

*« Comme je dis, je marche sur la corde raide, j'ai pas été à l'école comme Monique ou Sabine (ses collègues aides-soignantes diplômées)... »*

La hiérarchie peut très bien la remettre à un poste d'agent de service à tout moment, comme elle l'a fait pour une autre de ses collègues faisant fonction, en fonction de l'état de ses besoins et l'état du marché du travail dans son secteur. Pour l'instant, la relative pénurie en personnel soignant et la faible attractivité des établissements d'hébergement pour personnes

âgées jouent en sa faveur et la préservent de cette éventualité, mais pour combien de temps encore ?

### **Une quête de savoir et de connaissance**

Son refus, ou plutôt sa peur de « l'école », ne doit pas cacher son appétit de connaissance. Aline mettra, par exemple, une grande énergie à apprendre les cours de biologie et d'anatomie que le médecin de la maison de retraite donne, en formation interne, aux aides-soignantes. Il s'agit d'une remise à niveau et d'une volonté de la direction d'homogénéiser les connaissances au sein de ce personnel. Alors que les aides-soignantes diplômées prennent, comme nous l'avons déjà dit, cette formation avec recul voire un certain scepticisme, Aline s'y passionne et se fait un point d'honneur à réussir les tests qui n'ont de valeurs qu'internes.

*« - La dernière fois que je t'ai vue, il allait y avoir le contrôle, suite aux cours donnés par le docteur Laruelle. Comment ça c'est passé ?*

*- J'ai eu une des meilleures notes. Ça c'est très très bien passé, très très bien. J'ai eu presque la meilleure note (voix chantante). Il (le médecin) était content, franchement il était trop content. Notre équipe a bien marché, il n'y avait pas Sabine (diplômée), mais Véronique (une aide-soignante faisant fonction) qui a très bien marché, et moi c'est pareil. Il a été très très content de nous. Par contre, dans l'autre équipe (composée exclusivement de diplômées), ça n'a pas été pareil. Enfin ça, tout dépend des gens. Moi je sais que j'ai pris ça au sérieux. (...) Je me faisais beaucoup de soucis. Qu'est-ce que j'ai révisé ! Je m'en suis fait une montagne. Et non, non, non, ça c'est très très bien passé, il était très content. En plus il a fallu faire un schéma, c'est moi qui ai eu la meilleure note. J'ai eu neuf et demi, enfin il a dit : vous méritez un neuf et demi sur dix. C'était tout le schéma de l'os, du col du fémur avec le petit trochanter, le grand trochanter, enfin j'ai bien mis tous les noms où il fallait et tout. Il était très content, en plus il a voulu tout de suite corriger ma copie, en premier. Quand il a ramassé les copies il a dit " Je vais corriger tout de suite celle d'Aline ". Je pense qu'il voulait peut-être voir, comme il savait que je révisais, si j'avais bien révisé ou... Et quand il a vu que ça avait si bien marché, j'ai vu à son regard, qu'il était content. (...) »*

Cette formation l'enthousiasme répond à une soif de connaissance. Elle est impressionnée mais très motivée pour apprendre. Comme elle le dit, elle a dû beaucoup travailler et elle s'est énormément inquiétée à l'idée de ce contrôle. Dans sa manière de relater son « succès » et de

le mettre en regard avec l'autre équipe constituée d'aides-soignantes diplômées, on peut noter son fort désir de rattrapage voire de revanche envers elles.

Cette évaluation très formelle va permettre à Aline, elle qui a appris par cœur le nom des os et leurs situations les uns par rapport aux autres, de réussir les tests. Elle n'aura pas à faire appel à d'autres registres de savoirs implicites plus généralistes, ni d'ailleurs à ses compétences issues de son expérience professionnelle, ce qui ne semble pas la gêner. L'enjeu qu'elle place dans cette formation paraît démesuré<sup>307</sup>. Il témoigne de sa détermination à être mieux reconnue dans son travail et à dépasser ses échecs scolaires.

*« C'est bien d'apprendre, on en est au squelette pour l'instant. Moi je dis que c'est bien parce qu'au moins, comme il nous a dit (le médecin) : « Maintenant je ne veux plus que vous marquiez, par exemple, bosse au front. Je veux que vous mettiez hématome frontal ». C'est vrai que ça fait plus... Puis il nous dit : « au staff, quand je vais vous parler d'un truc médical, je veux que vous me compreniez ». Parce qu'il va nous parler en termes médicaux, et c'est mieux. Non, moi j'aime bien ces cours. Ça me plaît d'apprendre, ça évite de travailler bêtement. Des fois, il nous disait : « elle a été opérée de ça », on était là, on se regardait, on n'osait pas demander. »*

Aline semble avoir identifié la connaissance médicale à une somme de savoirs académiques formels qu'elle aimerait posséder mais dont elle identifie maladroitement le contenu et les implicites sociaux qu'ils présupposent.

Si elle valorise l'apprentissage sur le tas, cela ne l'empêche pas d'avoir une haute considération de la connaissance médicale. Elle aspire à la partager s'identifiant au personnel « médical » et buvant les paroles du médecin de la maison de retraite.

### **Le sens du social et un engagement dans le collectif**

Sa précarité statutaire est en partie contrecarrée par la place qu'elle s'est faite au sein de l'institution et le rôle qu'elle y joue. Elle a su se rendre incontournable sans l'avoir prémédité. Elle joue un rôle de médiation entre la direction et les autres aides-soignante. Elle a été, à deux reprises, déléguée du personnel et à notre départ, elle participait à la négociation des 35

---

<sup>307</sup> Cette courte formation interne s'achèvera d'ailleurs prématurément à la suite d'une série de démissions d'aides-soignantes et de la désorganisation interne qui s'en suivra.

heures. Son implication et son sens de dévouement lui donnent une place unique au sein de la maison de retraite.

Aline Gambini sait se faire l'écho de la demande de ses collègues. Elle est franche et directe et elle est pour cela appréciée. Elle a su négocier des demandes de primes ou d'amélioration des conditions de travail pour les aides-soignantes. Elle sait intuitivement ce qu'il faut demander, trouver les arguments recevables, sans aller trop loin et risquer d'avoir une fin de non-recevoir. Face aux agissements parfois tortueux ou hypocrites de la hiérarchie, elle oppose sa force de travail, son engagement professionnel, sa droiture personnelle. Cela lui donne un sentiment de légitimité pour faire valoir des demandes collectives. Elle n'hésite pas à demander une explication quand cela ne va pas, sait solliciter une pause ou un service ponctuel à son chef de service quand elle et ses collègues en ressentent le besoin. Elle préfère cela aux « tricheries collectives », où elle se sent mal à l'aise.<sup>308</sup>

Voici un exemple de négociation avec son chef de service sur la question de l'organisation du travail le dimanche, jour où aucun membre de la hiérarchie n'est présent. Aline Gambini aurait pu pour cette raison ne rien dire mais elle préfère avoir l'accord de son responsable. Elle présente sa requête en utilisant tous les arguments à sa disposition et garanties possibles pour qu'elle soit recevable et acceptée. De sorte qu'en prenant un minimum de risque, elle donne à son supérieur hiérarchique le soin de décider. Cela donne d'elle l'image d'une personne franche, responsable et digne de confiance.

*« A un moment donné, voilà ce qui se passait le dimanche. Dans mon équipe, on faisait la pause ensemble et dans l'autre, non. J'ai attrapé Maurice (l'infirmier en chef) et je lui ai dit : " Le dimanche, tout le monde s'aide. On aide, on couche les grands-mères qui veulent faire la sieste, on range tout ce qui doit être rangé, ensuite on attend la fille qui revient du Mas et on mange tous ensemble. On descend tous ceux du quatrième étage (les « Alzheimer »), on les met dans un endroit pour qu'ils soient tranquilles, dans la salle à manger, où certains*

---

308 Elle nous relatara à ce propos le témoignage suivant : « Moi il suffit que j'aie me cacher une fois pour que je sois découverte. Comme une fois, avec Noémie (responsable coordinatrice de l'entretien), on étaient planquées dans une salle de bain en train de fumer. Monsieur Sigot, (le directeur) il fait une ronde à ce moment là. Il faisait le tour des travaux, je te parle de ça il y a longtemps, crois moi si tu veux, il rentre juste dans la chambre où on étaient toutes les deux enfermées dans la salle de bain. On a jeté nos cigarettes, et on s'est dit : " Comment on fait pour sortir ? " Qu'est-ce qu'on va lui dire ? Il va nous dire : « qu'est-ce que vous faisiez renfermées dans la salle de bain ? » Et en fin de compte, heureusement qu'il est juste rentré dans la chambre sans aller dans la salle de bain. Le cœur, je crois qu'il allait me sortir du corps ! Noémie, elle, elle était blanche comme un linge et moi j'avais le cœur qui me... C'est vrai, qu'est-ce qu'on aurait répondu, si on avait demandé : " Qu'est-ce que vous faites toutes les deux dans la salle de bain ? " »

*peuvent aller et venir, et nous, on mange ensemble. On mange en ayant les yeux sur eux. Il a dit : “pas de problème. Tant que vous ne les laissez pas, que vous les surveillez<sup>309</sup>.” Lui ce qu’il ne voulait pas, c’est fermer le quatrième, laisser les pensionnaires en haut, que la fille elle aille manger et que le service ne soit pas sous surveillance. En plus, j’ai dit : “ Tu sais Maurice, si admettons une des pensionnaires du troisième sonne, on monte, on n’est pas là à dire : “ Ah, on mange, on est en pause ”. Il y en a toujours une qui va voir ce qui se passe au premier, ce qui se passe au troisième. Et puis, on ne reste pas jusqu’à quatre heures à table. Il m’a dit : “ Moi tant que ça se passe comme ça, je vous donne la permission. ”*

La direction, de son côté, sait faire appel à Aline lorsqu’elle a besoin d’un service supplémentaire ou qu’elle veut connaître le climat social qui règne dans la maison de retraite. En l’absence de syndicat, devant le refus de ses autres collègues de se présenter au poste de délégué du personnel, la secrétaire de direction sera amenée à lui demander de postuler à cette fonction. Elle acceptera volontiers, poussée par un sens du devoir et un besoin de reconnaissance. Son engagement et sa fidélité lui donnent une certaine assise même si sa manière d’être et de faire ne correspond plus à l’image que la direction a d’une « bonne professionnelle »<sup>310</sup>. Elle est attachée à la maison de retraite et quand nombre de jeunes aides-soignantes démissionnent, la direction sait qu’elle peut compter sur des salariées comme Aline Gambini. Elle est dévouée, toujours volontaire au travail, a un sens du collectif et à un désir d’ouverture aux autres.

### **Une attitude professionnelle teintée de soumission et de dévouement**

Aline Gambini est une des rares salariées rencontrées à faire preuve d’une certaine conscience politique et à percevoir le sens d’une action collective professionnelle. Elle souffre par contre d’un manque de formation, l’univers des maisons de retraites ou cliniques privées où elle a jadis travaillé, ne lui en a pas laissé l’opportunité.

*« Je ne me suis jamais syndiquée parce qu’on me l’a jamais proposé. J’aurais aimé peut-être mais dans les entreprises où j’ai travaillé, il n’y avait pas de syndicat. C’est vrai qu’à un moment donné, on voulait avec Véronique (une autre faisant fonction aide-soignante) se*

---

<sup>309</sup> Nous avons assisté à cette scène avec l’autre équipe, nous la relatons dans la deuxième partie, in : « Où il est question de schémas panoptiques ».

<sup>310</sup> Elle les souhaite plus distante avec les pensionnaires, centrée sur la notion de relations de service partageant une culture médicale de base commune.

*syndiquer. Elle avait dit, il faudrait qu'on se syndique pour être mieux défendues et être au courant de beaucoup de choses. Elle a son beau-frère qui fait partie de la FO qui lui avait dit, « si tu veux je te mettrai en contact avec quelqu'un de la FO qui s'occupe du médical, il viendra aux Aves ». Ça a été très mal pris par les collègues de travail. C'était toute une équipe qui à l'époque disait : " Tu te rends compte, qu'est-ce qu'il va dire Monsieur Sigot (le directeur)", alors que le patron n'a rien à voir dans la constitution d'un syndicat. C'est un droit, tu ne vas pas à l'encontre du patron si tu te syndiques, enfin je ne pense pas. On s'est retrouvé trois à vouloir se syndiquer, Véronique, Sabine (une autre ancienne aide-soignante diplômée) et moi (rires), sur trente personnes ! Alors on a laissé tomber. (...) Je suis sûre que le directeur a pensé que les employées c'était des idiots et des moutons. C'est pour ça aussi qu'il en profite un peu, parce qu'il sait qu'on n'est pas syndiquées et voilà. Moi j'aurais aimé, parce que maintenant là, pour les 35 heures, on aurait pas été embêtées. (...) L'autre jour, on en parlait avec Véronique, j'ai dit, nous on est là dans notre petite maison de retraite, on bouge pas, alors que ça serait bien d'aller avec les copines manifester, c'est vrai. Bon rien ne nous empêche même si on est non syndiqué. C'est bien d'être solidaires, parce qu'elles font avancer des trucs et nous on en profite après tout. Moi j'aurais aimé me syndiquer, ça ne c'est jamais fait. »*

A côté de ce désir d'engagement et de lutte, nous rencontrerons chez Aline Gambini, une attitude globale de soumission et des comportements de dominée. Elle nous racontera par exemple sa timidité, sa honte mais aussi sa fierté lorsque le médecin de la maison de retraite lui a proposé un jour de déjeuner à ses côtés au self service du travail.

Lorsqu'elle nous parle de pensionnaires qui ont exercé une profession prestigieuse, elle emploie l'expression de « Grand Monsieur » ou de « Grande Dame », avec une pointe d'admiration dans la voix. Elle manifeste une forme d'admiration qui peut faire penser à certaines attitudes d'employées de maison engagée dans des familles de la haute bourgeoisie<sup>311</sup>. Sa place lui permet de côtoyer parfois des personnes « importantes » et de partager un peu de leur prestige social, même si le fait d'être en maison de retraite tend à écraser les différences sociales en réduisant toutes les personnes âgées au rang de pensionnaires handicapés ou malades<sup>312</sup>.

---

<sup>311</sup> Cf. L. Causse, C. Fournier, C. Labryère, 1998.

<sup>312</sup> Bien qu'il existe des établissements d'hébergement de grand standing où l'on retrouve essentiellement des personnes âgées issues à des classes sociales aisées.

En cas de conflit, Aline Gambini peut se montrer critique sur les attitudes et propos de la direction. Mais elle essaie en règle générale d'atténuer les choses et elle se montre toujours plus prompte à invectiver la hiérarchie intermédiaire pour mieux préserver l'image du Directeur ou du Médecin. On sent chez elle le désir de se référer à une autorité paternelle supérieure. Plusieurs exemples nous mettront sur cette piste qu'il resterait à approfondir avec elle.

Alors que le directeur a organisé une réunion surprise du personnel aide-soignant et des agents de services pour les vilipender à propos d'un laisser-aller général, Aline nous expliquera qu'elle a fait l'objet de forts reproches qui n'auraient pas du lui être imputé car l'entretien de la maison n'est pas de son ressort.

*« C'est moi qui ai pris, mais bon, ça va quoi ! Du coup, je sais pas si c'est pour apaiser un peu les tensions, mais il (le directeur) nous fait un super repas le dix-sept, un repas de Noël (rires) pour les employés, c'est sympa quoi ! »*

Sa tendance à vivre dans un continuum sa vie de famille et sa vie professionnelle, en forte quête de valorisation professionnelle et personnelle, à la recherche d'une image positive du père, la conduit parfois à manquer de discernement, notamment lorsqu'il s'agit de se positionner face aux décisions du directeur. Il suffit que celui-ci fasse preuve d'un certain paternalisme, en offrant, comme c'est ici le cas, un repas de temps à autre à l'ensemble des salariées, pour que sa colère passe et ses critiques s'estompent.

Aline Gambini n'a pas d'autres perspectives professionnelles que de rester aux Aves. Elle trouve du plaisir et du sens à son travail, quitte à fermer les yeux ou se taire devant certaines pratiques. Elle accepte des situations de surexploitation, vit des conditions de travail difficiles qu'elle essaie de corriger – même si c'est à la marge – par sa fonction de représentante du personnel. En s'engageant corps et âme dans son travail, à la recherche de lien et d'affection envers nombre de personnes âgées et leurs familles, elle se crée un monde à part et se dégage une autonomie professionnelle. Elle essaie d'apporter un peu de plaisir et de bonheur aux personnes âgées, cela lui permet d'occulter plus facilement les rapports sociaux qui se vivent entre salariés.

## **Marie-Laure Orrizo, une salariée dévouée et précarisée.**

A 40 ans, Marie-Laure Orrizo est une ancienne de la maison de retraite des Aves, elle y a connu une alternance entre des fonctions d'agent de service et d'aide-soignante. Au cours du premier entretien, réalisé en février 2000, Marie-Laure se montre peu encline à nous parler du contenu de son travail d'agent de service à l'étage des « Alzheimers » et beaucoup plus prolixe à nous raconter son enfance et son rapport indéfectible à sa mère. Son vécu familial est au cœur de son engagement professionnel. C'est la raison pour laquelle nous commencerons par évoquer ici son histoire que nous mettrons ensuite en écho avec son expérience professionnelle.

### **Une vie dévouée aux autres dès l'enfance**

Marie-Laure est issue d'une famille espagnole. Elle est née dans une grande ville du sud de la France dans un quartier populaire à la lisière de la campagne. Elle est mariée à un peintre en bâtiment devenu chef de chantier et elle a une petite fille de cinq ans. Elle vit toujours dans ce même quartier, à deux pas de la maison de sa mère où elle a passé la première partie de sa vie. Elle est très attachée à sa mère et est animée d'un sens du devoir et de dévouement extrêmement puissant. Elle est la troisième d'une famille de 6 enfants et c'est la première fille. Très jeune, elle a dû se prendre en main et avec sa sœur cadette, elles ont appris à gérer la maison, se sont occupées comme elle dit : « *des quatre hommes* », le père et les trois frères. Elle s'est entièrement consacrée au travail domestique et éducatif et s'est substituée à la fonction de la mère chaque fois que celle-ci n'était pas en situation d'assurer son rôle.

*« Maman était assez souvent malade, elle est diabétique et elle a été amenée à partir souvent de la maison pour faire des cures. Elle partait trois-quatre mois et c'était ma sœur et moi qui tenions la maison (...) Après maman a eu deux enfants très tard. Au cinquième, j'avais quinze ans, on a pris le relais. Ma sœur et moi nous les avons pratiquement élevés. Je leur ai servi de mère parce que ma mère n'était pratiquement jamais à la maison, elle partait en cure. Même maintenant qu'ils sont grands, s'ils ont un problème, ils ne vont pas voir maman, ils viennent me voir moi, ça a toujours été comme ça. Même les aînés, s'ils ont un problème ou s'il se passe quelque chose, ils viennent chez moi, ils me racontent. En fait, je suis leur grande sœur. »*

Marie-Laure se sent reconnue par ce statut de “ *grande sœur* ” même si cela a impliqué pour elle de nombreux renoncements pendant sa jeunesse.

*“ A 17 ans, très jeune, je me suis mise à travailler ; j’assumais mon travail, le travail de la maison, les garçons, c’est vrai qu’on a mûri plus tôt que prévu (...) je n’ai pas eu de copines, on ne sortait pas, je n’avais pas le droit. C’était la maison, le travail, on a été élevé comme ça ”.*

Dans ce contexte d’enfermement et de labeur son activité professionnelle en maison de retraite la faisait sortir de la sphère familiale et d’une certaine solitude.

*« C’est vrai qu’à la maison, papa, il n’était jamais là, il travaillait. Maman n’était pas non plus là très souvent, donc c’est vrai qu’en venant travailler, ça me libérait un peu. (rire) Ça me sortait de la maison, disons, parce que je ne sortais pas. »*

A trente deux ans, cinq ans après le décès de son père, elle se marie et quitte le domicile familial. Elle pose à son mari, comme condition préalable à leur union, le fait de s’occuper toujours de sa mère, de la prendre chez eux, si cela s’avère un jour nécessaire. Il semble avoir accepté sans difficulté. Marie-Laure nous dira de son mari, qu’il est issu d’une famille de cinq enfants, qu’il a été meurtri par la séparation de ses parents lorsqu’il était petit enfant et qu’il a trouvé, avec elle, une sorte de « *seconde famille* »<sup>313</sup>.

Sur cette base, elle peut, sans avoir l’impression de trahir sa mère, en restant fidèle à son rôle historique de « *grande sœur* » et de « *mère de sa mère* », accepter de s’engager avec lui et se marier. Elle évoquera cette union comme d’un réel épanouissement personnel<sup>314</sup>. Elle

---

<sup>313</sup> Voir récit de vie de Simone Alazard qui nous décrit la même attitude de son mari envers sa propre famille.

<sup>314</sup> Marie-Laure nous reparlera d’une autre forme « d’épanouissement » en évoquant la question de son corps. C’est une personne un peu forte, sans pour autant être dans un important sur-poids. Entre les deux entretiens que nous avons eus avec elle, Marie-Laure subira une opération de l’estomac qu’elle a entreprise pour maigrir. Malgré les suites douloureuses liées à la pose d’un anneau gastrique, elle nous en parlera comme d’une libération. “ ... le fait que j’ai maigri déjà dans ma tête je me sens mieux physiquement et moralement. Je prends goût à m’habiller. J’ai plus d’assurance. J’arrive plus à dialoguer, à parler. Avant je n’arrivais pas à m’exprimer, j’étais dans mon coin, je me cachais, je n’osais pas parler. Le fait que j’ai maigri, le fait que je me sois mariée, je me suis ouverte, c’est vrai que ça va beaucoup mieux.” Marie-Laure associe la relation sentimentale avec son mari et sa douloureuse entreprise pour maigrir, pour expliquer une forme d’émancipation et d’ouverture aux autres. C’est une conquête sur sa propre histoire. Il y aurait toute une étude à faire sur les liens entre image de soi et relation à l’autre dans les métiers du soin...

l'exprimera au détour d'une discussion sur son rapport aux personnes âgées à la maison de retraite des Aves.

*« - Ce que je n'ai pas eu en étant jeune, je l'ai donné moi aux personnes âgées, l'affection. Oui, j'ai beaucoup manqué de ça, c'est vrai.*

*- Et d'une certaine manière, ça répare un petit peu ?*

*- Oui, au fil des années, mais il y a toujours ce manque quand j'y repense. C'est vrai que j'ai eu de la chance, je me suis mariée, j'ai rencontré un homme qui est très gentil et très affectueux. En fait, en me mariant, je crois que ça a comblé ce manque d'affection parce que je n'étais pas habituée à recevoir, qu'on s'occupe de moi, qu'on m'écoute. C'est vrai. »*

Alors que ses propos expriment clairement son besoin d'affection et sa carence maternelle, Marie-Laure n'émettra jamais aucune critique ouverte envers sa mère. Lorsque nous reviendrons au cours du deuxième entretien sur certains de ses propos qui exprimaient le poids de cette souffrance dans sa vie, elle optera pour la dénégation. Ce qui se traduit au premier entretien par : *« ma mère n'était pratiquement jamais à la maison »* et au second : *« Elle(sa mère) nous a jamais laissés, jamais. »*

Marie-Laure Orrizo se sent une responsabilité infinie envers sa mère. Elle se sent culpabilisée et débitrice à son égard. Les raisons qui animent ce sentiment sont complexes et nous n'avons pu les identifier que partiellement. Une piste nous est donnée lorsque Marie-Laure évoque l'histoire familiale maternelle.

*« Maman, c'était une petite fille, elle est la dernière de huit enfants et elle a toujours été gâtée, bichonnée par sa famille. Elle s'est mariée très jeune, à seize ans et demi, donc c'est papa qui l'a prise en main. Il nous a toujours dit : "Maman c'est un bébé, il faut la diriger comme un enfant". Elle a soixante ans, je la dirige toujours comme un enfant. Comme elle ne savait pas parler le Français, ni le lire, ni l'écrire, c'est papa qui s'occupait de tout. Ma grand-mère (paternelle) vivait chez nous, c'est toujours elle qui faisait les repas et qui nous a élevée. J'ai l'impression que ma mère n'a jamais grandi. Même maintenant, je m'occupe d'elle parce que papa n'est plus là (il est décédé en 1987), je m'occupe de ses papiers, je m'occupe d'elle comme si c'était... la petite sœur. S'il faut l'engueuler, je l'engueule comme j'engueule ma fille. Elle a gardé l'esprit "enfant". Bon, elle a été éloignée de sa famille (qui vit en*

*Espagne) aussi. Elle n'a personne d'autres ici que ses enfants, et c'est vrai que je suis très proche d'elle. Très très proche d'elle. »*

Sa mère nous est présentée comme quelqu'un qui a sacrifié sa famille, sa jeunesse et son pays en quittant l'Espagne à 17 ans pour se marier avec son père, un espagnol originaire d'Afrique du Nord. Marie-Laure semble se sentir responsable de ce renoncement et porter le poids de ce qu'elle décrit comme un « abandon » pour vivre avec son mari et fonder une nouvelle famille. Se centrer sur l'histoire de sa mère lui évite de reconnaître son propre sentiment d'abandon enfant, quand sa mère partait pour plusieurs mois en cure.

*« Je sacrifierais mon travail mais je resterais avec elle. Je veux dire qu'elle s'est tellement occupée de nous maman, elle est partie jeune de chez elle. A seize ans et demi, elle a quitté sa famille pour venir en France, sans connaître la langue, sans connaître la mentalité. Elle a suivi papa, ça a toujours été une bonne mère pour nous, elle nous a toujours élevés. “ Papa quand il est décédé, après tout on était tous grands, elle aurait pu dire, écoutez, maintenant j'ai vécu avec vous pendant tant d'années, j'ai abandonné ma famille, car elle a une famille aussi, elle a des neveux, des nièces, des frères, des sœurs, elle peut très bien dire, je peux vous laisser cinq, six mois et partir... elle ne l'a jamais fait. Elle nous a jamais laissés, jamais. »*

Marie-Laure se tient en partie responsable du « sacrifice » qu'a fait, selon elle, sa mère en quittant sa famille pour vivre avec son père. Cela justifie son besoin de s'occuper d'elle et de ne pas la quitter. Elle propose à sa mère de faire un séjour dans sa famille pour lui faire plaisir et atténuer son sentiment de culpabilité.

*« - Moi j'ai envoyé maman il n'y a pas très longtemps dans sa famille, je l'ai faite partir pendant deux mois, elle était contente de partir, de revoir sa famille au bout de tant de temps. Comme maman m'a dit: "J'ai l'impression de vous abandonner". Parce qu'elle ne l'a jamais fait, maman, elle s'est toujours sacrifiée pour nous. Elle a gardé sa belle-mère, alors que maintenant à l'heure actuelle ça ne se fait plus, c'est rare qu'une belle fille garde une belle-mère, du jour où elle se marie, jusqu'au jour où elle décède. Ma grand-mère avait des filles qui auraient pu très bien la garder. Non, maman s'est toujours sacrifiée pour nous.*

*- Mais en même temps tu me dis qu'elle avait du mal à assurer son rôle de mère et que ta belle-mère faisait le travail à la maison.*

*- Oui*

- Et tu lui en veux pas pour ça ?

- Ah, non, pas du tout. Enfin, elle est partie cinq, six fois, pour quatre, cinq mois, mais bon. J'étais toujours présente, moi, j'allais tout le temps la voir<sup>315</sup>. C'est par rapport à sa santé qu'elle était partie, elle n'est pas partie pour nous abandonner. Mais non, je ne pourrais pas abandonner ma mère, jamais de la vie. ”

(entretien 2)

Marie-Laure Orrizo ne peut envisager de quitter sa mère, quel qu'en soit le prix. S'éloigner d'elle, signifierait lui faire subir un nouvel abandon. Il est frappant de voir comment elle fait sien le « sacrifice » de sa mère, refusant d'en prendre conscience.

Nous ne savons pas comment ses parents s'entendaient entre eux, Marie-Laure est assez elliptique à ce propos. Ce qui est sûr, c'est qu'elle était en conflit avec son père<sup>316</sup> et qu'elle a gardé une certaine agressivité à son égard. Elle se définit comme une enfant rebelle face à un père qu'elle nous présente comme autoritaire et partial envers ses enfants, préférant sa sœur à elle. De la domination masculine, une forme d'alliance féminine de la mère et la fille semble s'être créée et les avoir rapprochées.

Lors du premier entretien, elle nous dira que son « père travaillait pour l'armée en tant que civil. La maison c'était l'armée, on n'entendait (parler) que (de) l'armée ». Elle sera un peu plus disserte, lors du deuxième entretien : « J'ai souffert un peu d'être... bon mon père, il m'adorait, je pense qu'il m'adorait, mais pour ma petite sœur, qui a 35 ans maintenant, c'était le bon Dieu. Ma sœur avait beaucoup plus de patience que moi. Moi, j'étais beaucoup plus attirée par maman que par papa et donc elle a eu beaucoup plus d'affection que moi, enfin je trouve. J'ai l'impression d'avoir grandi seule<sup>317</sup>(...) Bon, avec papa ça n'allait pas très bien, je m'entendais pas très bien avec lui, c'était toujours dispute sur dispute, on n'avait pas les mêmes idées. Maman, elle ne m'a jamais criée, jamais engueulée, c'est toujours elle qui prenait les engueulades pour moi, à cause de moi, par rapport à papa. A l'époque, elle n'aimait pas trop prendre la parole, ce n'est pas une femme bavarde, elle n'avait pas le droit de prendre la parole. Mon père était très autoritaire, très autoritaire. Moi j'étais le contraire

---

<sup>315</sup> On notera ici le basculement de Marie-Laure et le renversement des rôles. Alors que notre question la conduisait à parler de ses ressentis face aux longues absences de sa mère du domicile, Marie-Laure se met en position de se justifier affirmant qu'elle n'a jamais abandonné sa mère lorsque celle-ci était en cure.

<sup>316</sup> Son père est un espagnol originaire d'Afrique du Nord. Il a vécu la première partie de sa vie en Algérie puis au Maroc avec sa femme, jusqu'à l'arrivée de leur premier enfant. Ils se sont ensuite installés en France.

<sup>317</sup> A noter qu'elle ne conclut pas en disant : “ je n'ai grandi qu'avec ma mère ” mais “ j'ai grandi seule ”, exprimant ainsi une double carence.

*de lui, il disait blanc, moi je disais noir. Alors maman me disait, "Même s'il a tort, dis-lui qu'il a raison". Et moi non, j'étais comme ça, on ne s'est jamais accordé à cause de cela... Je me suis jamais vraiment bien entendu avec lui. Enfin, ça ne m'empêchait pas que je l'aimais, mais bon, non, maman ça a été tout pour moi. Elle vient, elle se confie à moi, elle me parle. J'ai l'impression d'être sa grande sœur à maman. »*

Après avoir énoncé sa forte identification et son attachement à sa mère, Marie-Laure revient sur le sentiment de dévouement qui l'anime.

*« Elle s'est tellement sacrifiée pour nous, même encore maintenant, ma fille, lorsqu'elle est fatiguée, elle la garde, elle ne calcule pas, elle ne regarde pas, elle ne dit jamais : « je suis fatiguée », non, non. Je suis là pour m'occuper d'elle, j'habite à côté de chez elle. Je ne pourrais pas ne plus m'occuper de ma mère, c'est impossible<sup>318</sup>. Non, c'est tout pour moi ma mère. »*

Marie-Laure a le projet de partir vivre à l'étranger mais cela n'est envisageable qu'à condition d'amener sa mère avec elle. Son mari qui travaille pour une entreprise internationale, vient de refuser une proposition de mutation dans le centre de la France pour des raisons de santé, mais il envisagerait d'ici deux/trois ans de demander une mobilité pour partir à l'étranger. Aline souhaiterait qu'il obtienne l'Espagne, ce qui serait une manière de continuer le travail de réparation face au sentiment de dette qu'elle ressent vis-à-vis de sa mère. Partir à l'étranger signifie aussi pour Aline, arrêter de travailler pour s'occuper plus de sa fille, ne plus être séparée d'elle.

*« Là, nous sommes à un moment de la vie où l'on a envie de changer, de partir, de tout changer. C'est sûr que je n'ai plus envie de travailler. J'ai envie de m'occuper de ma fille, de rester avec elle. J'ai l'impression que je laisse passer des trucs. C'est vrai que je ne suis pas tout le temps présente, puisque je suis au travail, même si maman s'en occupe très bien, ma sœur aussi. »*

---

318 Cette affirmation est accentuée par le fait que sa plus jeune sœur va prochainement quitter la maison où elle résidait avec sa mère, après avoir réussi un concours de gardien de la paix. Elle est mutée pour cinq ans à plusieurs centaines de kilomètres de là. Ses frères habitent pourtant la même ville que Marie-Laure, mais elle n'en parle jamais comme d'un relais possible.

On voit s'exprimer la carence affective de Marie-Laure au travers de son important besoin de sécurisation. Elle souhaiterait être toujours auprès de sa fille. Et c'est sa mère hier absente qui est aujourd'hui présente, avec sa sœur, pour prendre le relais quand Marie-Laure n'est pas disponible pour s'occuper d'elle. Ce besoin de sécurisation est l'envers de son angoisse d'abandon qu'un événement traumatique récent est venu réactiver.

*« Maman me remplace parce que depuis qu'elle est née, elle la garde, elle la connaît, mais c'est vrai qu'il y a peut-être aussi le fait d'avoir perdu un enfant<sup>319</sup>. Je me dis que ma fille en grandissant n'aura pas de frères et de sœurs, c'est ça qui me chagrine le plus. J'y pense constamment. Nous, on était six enfants, on est très unis tous les six. Si j'ai un problème, j'appelle mes sœurs, mes frères, pour ma fille comment ça sera ? Je ne vais pas vivre toute sa vie, ni mon mari, ça me travaille énormément. Elle a ses cousines et cousins, mais ce n'est pas comme un frère ou une sœur. Quand elle aura un problème, plus tard, je me dis, à qui elle va s'adresser ? Elle va se retrouver seule. Ça, ça me chagrine énormément, j'y pense souvent. Je ne supporte pas qu'on la crie, je supporte pas qu'on lui fasse des reproches. (...) Je ne veux pas qu'elle soit seule. Moi, je ne veux pas que ma fille plus tard soit comme ça, qu'elle se retrouve seule dans la vie, qu'elle n'ait personne à qui se confier, ça me travaille ! »*

Si Marie-Laure projette beaucoup de son histoire sur celle de sa fille, elle projette aussi beaucoup de ses désirs. L'enfance qu'elle a dû réprimer, les études qu'elles n'ont pas faites, Marie-Laure ne veut pas que cela se perpétue.

*« Je ne veux pas l'élever (ma fille) comme j'ai été élevée, je veux qu'elle grandisse avec son temps, qu'elle ait ses amis, qu'elle sorte. Qu'elle fasse ses études surtout, c'est trop important. Je ne veux pas qu'elle soit responsable très jeune, non plus. Enfin, je n'ai pas eu d'enfance, on a grandi d'un coup, non, je ne veux pas que ma fille fasse comme ça. (...) Depuis l'âge de seize ans et demi, c'est moi qui m'assume toute seule financièrement. Je n'ai jamais embêté mes parents pour quoi que ce soit. Mon père n'a jamais su comment je gagnais (ma vie), jamais. Je n'ai jamais manqué de rien à la maison mais avec mon père ça ne collait pas et donc j'ai l'impression de m'être élevée seule, d'avoir grandi toute seule. Et je ne voudrais pas que ma fille soit comme moi, qu'elle se sente seule. C'est vrai que mon mari et moi nous l'adorons, mais mon mari est malade et il parle toujours des choses dont il ne devrait pas*

---

<sup>319</sup> A la suite d'une grossesse à risque, Marie-Laure a perdu son deuxième enfant à la naissance. Il ne semble plus envisageable (d'un point de vue médical) de concevoir un nouvel enfant.

*parler. Il lui dit : « je vais mourir, je vais mourir », et donc ça, à la longue, ça me travaille. C'est pour ça que je veux donner le maximum d'affection. J'ai peur qu'elle démarre mal dans la vie, qu'elle tombe mal, qu'il lui manque quelque chose. J'ai toujours peur. »*

Son désir d'amour et de protection envers sa fille, ravivent en elle de fortes angoisses destructrices. Elle veut être dans la réparation, la restauration de son histoire en même temps qu'elle a terriblement peur d'une certaine répétition.

### **Après l'enfermement domestique, la quête d'une émancipation professionnelle et personnelle.**

Marie-Laure quitte l'école à 16 ans et demi, avec un certificat d'éducation professionnelle (CEP)<sup>320</sup> de couture en poche. Elle ne garde pas un très bon souvenir de sa vie scolaire. Elle nous dira qu'elle ne suivait pas et que ça ne l'intéressait pas. Elle ira dans une quatrième puis une troisième “ *de rattrapage* ” avant de faire un an de formation professionnelle. Elle sera tout de suite embauchée dans une usine de textile, à la suite des stages pratiques réalisés pendant sa formation. Un an après, l'entreprise ferme ses portes, ce qui d'une certaine manière, la soulage. “ *C'est l'école qui m'avait imposé la couture* ”. Elle est depuis dix jours au chômage quand au hasard d'une promenade, alors qu'elle va chercher du lait avec sa grand-mère dans une ferme voisine, elle découvre une maison de retraite et va se présenter spontanément pour demander du travail. Le responsable lui dit de revenir la semaine suivante. Lorsqu'elle y retourne, elle est embauchée comme agent de service. Depuis, elle travaille aux Aves, cela fait 21 ans en 2000 au moment de nos entretiens. Marie-Laure travaillera tout d'abord 12 ans “ *dans le ménage* ”, puis 9 ans “ *dans le médical* ” comme faisant fonction d'aide-soignante, avant de redevenir agent de service puis tout récemment encore, faisant fonction d'aide soignante. Pour être stabilisée au poste aide-soignante, elle aurait pu passer le diplôme professionnel, comme lui proposait le directeur d'alors, trois ans après son arrivée. « *A l'époque, c'était juste un simple concours. Mais bon, je ne me sentais pas de le faire. C'est vrai que maintenant je regrette. J'aurais pu l'avoir, peut-être.* »

---

<sup>320</sup> Le C.E.P. est différent d'un Certificat d'Aptitude Professionnel (C.A.P.). Il a disparu dans les années 80, et pouvait se préparer à l'issue de la classe de cinquième, sa durée était d'un an seulement. Ce titre ne permet pas d'accéder au niveau V comme le C.A.P.

Son mari la pousse encore aujourd'hui à tenter le concours, la maison de retraite prenant en charge cette formation continue. Elle ne l'envisage pas, se sentant dépassée, n'ayant pas le niveau requis. *« L'école ce n'était pas mon fort, donc recommencer l'école ! J'ai perdu, je ne suis plus dans le bain. »*

Cette absence de diplôme va peser pour la suite de son parcours professionnel. Elle ne lui permettra pas d'affirmer une identité professionnelle. Elle va changer de poste, au gré des besoins de la structure. Au premier entretien, Marie-Laure Orrizo occupe un poste d'agent de service, au second, quatre mois après, elle vient tout juste de repasser à la fonction d'aide-soignante. Jusqu'à ces dernières années, Marie-Laure va vivre positivement ces changements d'affectation à l'intérieur de la maison de retraite. Cette polyvalence est pour elle une occasion d'ouverture et de changement. Elle occupera tour à tour les postes : d'agent de service, de cuisinière, de lingère. En 1990, elle apprendra le métier d'aide-soignante auprès d'un infirmier avec qui elle travaillera pendant trois ans. Elle effectuera également le remplacement des aides soignantes de nuit pendant leurs congés annuels ainsi que celui de secrétaire médicale durant deux années. Ce dernier poste aura sa préférence. Le travail de coordination avec le personnel soignant, les pensionnaires, leurs familles, ainsi que la proximité d'avec le corps médical, seront pour elle, sources d'une grande valorisation.

Même si ces différents emplois se font tous sur la même base de rémunération, on peut y lire une sorte d'ascension professionnelle. Elle est passée *« du ménage au médical »*. On devine au deuxième entretien, alors qu'elle vient de reprendre un poste d'aide-soignante, la valorisation que cela représente.

*« Lorsqu'on fait le ménage toute la journée on ne s'arrête pas. Le fait d'avoir fait quelques jours de remplacement dans le médical, je me sens déjà mieux dans ma tête. On est beaucoup plus proche des gens. Quand je fais le ménage, il n'y a personne dans la chambre, à part une ou deux mais qui ne parlent pas, ce qui fait que je n'ai pas beaucoup de contacts avec elles. Tandis que dans le médical, ce n'est pas pareil, on fait le nursing, on leur fait la toilette. Pendant la toilette, on parle avec eux. Lorsqu'on est en salle à manger, qu'on leur donne les comprimés, c'est pareil, on parle avec eux... Il y a plus de relationnel que dans le ménage, c'est sûr. Pour moi, c'est un plus. Je ne peux pas dire que j'arrive à dialoguer mais on est plus proche d'eux, on leur fait la toilette intime...»*

Cette valorisation du « *médical* » était exprimée de manière plus nuancée lors du premier entretien, elle occupait alors le poste d'agent de service.

*« Quand on est agent de service, on n'a pas les mêmes rapports que l'aide-soignante qui prend la personne de force, si elle ne veut pas se laver. Disons que l'aide-soignante joue plutôt le rôle de la méchante du matin. Après elles (les personnes âgées) viennent se plaindre auprès de nous. Donc nous on est là, et on dit : " non, c'est rien, c'est pour votre bien qu'elle fait ça, il faut qu'elle vous lave " etc. Nous, on comprend le travail qu'elles sont obligées de faire et peut-être qu'elles parlent plus à nous parce qu'on fait leurs chambres. Les aides-soignantes, ce n'est pas qu'elles ne discutent pas avec eux mais elles sont toujours prises par le temps. C'est toujours vite, vite, vite. C'est vrai que l'après-midi c'est un peu plus cool. »*

Ces deux témoignages, nous informent sur les différents positionnements et modes relationnels des agents de service et aide-soignantes vis-à-vis des pensionnaires. Il n'y a pas vraiment de contradiction entre ces deux propos. Les éclairages diffèrent selon la place occupée, la proximité n'est pas la même. Dans les deux cas, c'est la capacité de rencontre avec les vieilles personnes qui est recherchée. Les tâches concrètes, socialement dépréciées, sont secondarisées.

Lorsqu'elle est agent de service Marie-Laure éclaire les tensions relationnelles du travail d'aide-soignante en évoquant les moments des toilettes . Elle insiste aussi sur l'intensité du travail qui nuit aux relations inter-individuelles. Elle oppose les relations plus tempérées que lui confère sa place d'agent de service et évoque une certaine relation d'intimité qui se construit à partir du lieu d'intervention de la chambre.

Lorsqu'elle fait-fonction d'aide-soignante, elle insiste sur le rapport d'intimité au travers de la proximité corporelle avec les pensionnaires. Elle souligne la charge des agents de service « *qui ne s'arrêtent pas* » et une certaine solitude dans le travail.

La préférence de Marie-Laure pour le métier d'aide-soignante va avec un meilleur positionnement social et une proximité avec l'univers médical. Marie-Laure nous parlera avec grande fierté, lors du premier entretien, du poste de secrétaire médicale qu'elle a occupé plusieurs années pour les remplacements, laissant entrevoir son regret de ne plus pouvoir l'occuper aujourd'hui. Elle instaure à cette occasion une nouvelle hiérarchie entre cet emploi valorisé et celui d'aide-soignante.

*« On m'a demandé de remplacer la secrétaire médicale et j'ai fait un essai. C'est Maurice (l'infirmier en chef) qui m'a appris à me servir de l'ordinateur et Christiane (une ancienne aide-soignante) qui est la secrétaire médicale qui m'a expliqué le travail, ce qu'elle a à faire avec les dossiers. Je connaissais les médecins et toutes les mamies aussi. Ça a démarré comme ça, donc ça m'a plu, j'ai fait deux ans d'affilés. Et quand elle était en cinquième semaine, je la remplaçais aussi. C'est Carine<sup>321</sup> qui le fait maintenant, parce qu'elle l'a fait pendant un an, elle. Ça me plaisait, ça c'est un travail qui est intéressant, parce qu'on avait accès aux dossiers, aux malades, on travaillait avec les médecins, donc on apprend beaucoup plus de choses qu'aide soignante, qui mis à part les nursings, n'apprend pas grand-chose. »*

Cette expérience a ouvert un nouvel horizon à Marie-Laure, elle perçoit alors le travail d'aide-soignante comme répétitif et terne. La fréquentation régulière de l'encadrement médical et para-médical est l'occasion pour elle d'une forte valorisation narcissique. Ce poste satisfait chez elle un appétit de savoirs et de connaissances jamais exprimé jusque là. Elle se sent mise en responsabilité et reconnue. Marie-Laure doit pourtant accepter que cette expérience s'arrête. Elle prend chacun des postes proposés en minimisant les aspects contraignants et mettant en valeur les aspects attractifs, pour moins subir la situation et mieux vivre ces emplois successifs.

### **Une salariée corvéable et adaptable à merci.**

A 29 ans, Marie-Laure va multiplier des activités de service auprès de l'encadrement des Aves, à leur domicile. Elle ira chez le directeur, le médecin, un kinésithérapeute et la comptable<sup>322</sup>. Elle servira de personne ressource et elle aura, au plus fort de son activité, jusqu'à cinq emplois en même temps. Elle fera essentiellement du ménage et de la garde d'enfant. Occasionnellement, elle effectuera un travail de garde malade.

*« J'ai gardé la maman du député, monsieur Malo. Sa fille qui partait en Normandie pour douze jours, cherchait quelqu'un de confiance la nuit et comme j'étais la plus ancienne, monsieur Sigot (le directeur de la maison de retraite) m'a recommandée. J'ai fait onze nuits chez elle. Là, je m'étais mise en maladie, parce que je ne pouvais pas faire la nuit et le jour en même temps. C'était un arrangement avec monsieur Sigot. »*

---

<sup>321</sup> Une jeune aide-soignante diplômée très appréciée par la hiérarchie.

<sup>322</sup> Tous actionnaires de la maison de retraite.

La plupart du temps ces emplois ponctuels s'ajoutent à son travail de faisant fonction d'aide-soignante. Après son mariage, elle arrête ces activités parallèles sur la demande expresse de son mari. « *Il m'a dit, maintenant tu as ta maison, tu auras le bébé, tu arrêtes tout ça.* »

Pendant trois ans, elle travaille de manière continue en ayant un seul jour de congé par quinzaine. Elle ira au bord de l'épuisement physique, même si elle se montre discrète et concise pour l'exprimer. « *Tant que j'ai été dans le bain ça allait, mais quand j'ai arrêté, j'ai ressenti une énorme fatigue.* »

Lorsque nous lui demanderons si ces expériences ont été intéressantes d'un point de vue financier, elle nous répondra : « *Bien non, parce qu'à l'époque je n'étais pas mariée, je vivais chez maman, et j'avais mon salaire, c'était en plus. C'est sûr que ça m'a rapporté, mais bon, je ne le faisais pas parce que je voulais gagner plus, c'était plutôt pour rendre service à eux, je veux dire.* »

Marie-Laure se présente comme quelqu'un qui a " *bon cœur* " et qui rend service quand on le lui demande. Elle ne sait pas dire « non » lorsqu'il s'agit de s'occuper des autres. L'injonction de son mari, à arrêter ses différents emplois périphériques sera un soulagement pour elle. N'arrivant pas à poser ses propres limites, son mari semble les avoir fixées pour elle. Son absence d'identité et de diplôme professionnels ainsi que sa docilité l'ont rendu corvéable et adaptable à merci.

« *En fait j'ai toujours été un peu bougnasse<sup>323</sup>. Un caractère un peu bougnasse, je croyais tout ce qu'on me disait, je n'ai pas le caractère à refuser à moins que ce soit quelque chose de vraiment de.... Je veux dire que je me laisse plutôt faire. Je ne dis pas : "non ça suffit maintenant, arrêtez !" Bon, ça m'arrive mais c'est très rare.* »

Malgré les griefs qu'elle peut formuler à propos de la gestion de sa carrière, Marie-Laure garde un profond respect pour le directeur qui fait figure du « bon père » et qu'elle identifie au bon Dieu.

---

<sup>323</sup> Le terme de « bougnasse » signifie être brave et crédule à la fois.

*« Quand on a un problème, on demande à le voir. Monsieur Sigot ne nous a jamais refusé un entretien ou quoi que se soit<sup>324</sup>. Non, pour ça il est très humain, il a toujours été à l'écoute de ses employées (...) Des fois, on dit qu'il vaut mieux s'adresser au bon Dieu qu'à ses saints ».*

Marie-Laure a été prise dans le fonctionnement paternaliste de la direction qui s'est prolongé à un autre membre de sa famille. Le directeur a trouvé un emploi à sa sœur comme garde-malade auprès de sa mère. Un poste qu'elle occupera pendant dix ans jusqu'à son décès. Cela a contribué à personnaliser leur relation et la mettre en situation de dette à son égard. Elle se sent redevable. Elle n'émet donc aucune critique sur la gestion de son emploi, ni sur sa manière de gérer l'établissement. Pour résoudre d'éventuelles difficultés financières ou pour obtenir des améliorations de conditions de travail, elle ne se tourne pas sur le collectif des pairs, encore moins sur une action syndicale. Elle préfère gérer seule sa situation ou ses difficultés en allant négocier directement auprès du directeur.

*« - Déléguée syndical, tu ne l'as jamais été ?*

*- Non. Je n'ai jamais voulu.*

*- Tu ne te sens pas de le faire ?*

*- Non, pas du tout. Au début, il y avait une fille que je n'aimais pas du tout dans le travail, je me serai pas vu de la défendre.*

*- Et aujourd'hui ?*

*- Non même pas aujourd'hui, j'ai pas envie de me prendre la tête. Bon j'ai quelque chose à dire comme là récemment je voulais repasser aide-soignante, je suis allée voir monsieur Sigot personnellement. Bon si j'ai des questions à poser, il y a la déléguée, c'est une très bonne copine, on pose une question, elle transmet. »*

Le mécontentement émerge au moment où nous évitons de personnaliser nos questions en lui demandant son avis général sur sa charge de travail et les modes de reconnaissance des personnels.

*« - Ils ne sont pas reconnaissants, enfin pas qu'ils ne soient pas reconnaissants, ils ne voient pas le travail qu'on fait. On travaille, on se donne à fond, mais pour eux, il faut toujours en faire plus, toujours... ils ne voient pas ce qu'on fait.*

---

<sup>324</sup> Nous apprendrons par une autre salariée qu'il arrive que le directeur prête de l'argent aux employé(e)s qui lui en font la demande, principalement les ancien(ne)s.

- Et ça a toujours été ?

- Oui, ça a toujours été comme ça, oui. Enfin, je crois que c'est dans tous les milieux. Ce que je reproche ici, c'est qu'il n'y a aucun mot d'encouragement, il n'y a aucune félicitation, aucune prime d'encouragement, aucune motivation, voilà.

- Et les critiques, les reproches, quand ça arrive<sup>325</sup> ça paraît justifié ou ça vous met en colère ?

- Oh, ça nous met en colère parce que nous on sait ce qu'on fait. On leur dit, mais bon, en fin de compte ils ont toujours le dernier mot, ils ont toujours raison. Alors il arrive un moment où on abandonne, on ne dit plus rien, on fait ce qu'on a à faire et point final. Bon, c'est sûr qu'il y a des jours où l'on se révolte. Mais, bon, ça ne sert à rien. On se révolte et après tu es mal vue. Depuis que je suis là, il y a eu beaucoup de départs de salariées. Elles ne restent pas, il y a bien une raison. Sûrement qu'il y a trop de travail, pas assez payé. »

Marie-Laure est aujourd'hui bloquée par son absence de diplôme professionnel et la situation du marché du travail. Elle ne peut envisager de mobilité.

### **La flexibilité salariale et l'absence de perspective professionnelle**

Dans le milieu des années 90, alors que la maison de retraite se médicalise, Marie-Laure Orrizo va voir ses possibilités de mobilité interne se restreindre. A la suite d'épisodes personnels douloureux, la mort de son deuxième enfant à la naissance puis une grave maladie de son mari hospitalisé pendant sept mois, Marie-Laure s'arrêtera de travailler pendant 18 mois. Lorsqu'elle reviendra en maison de retraite, le directeur lui signifie qu'il ne peut pas la reprendre comme aide-soignante. Il veut désormais des personnes diplômées pour occuper cette fonction ou dans la perspective de le devenir<sup>326</sup>. Elle retournera donc " *au ménage* " selon sa propre expression, la mort dans l'âme. En 18 mois, sa vie personnelle et professionnelle ont basculé. Elle perd un enfant, sa fonction dans le " médical " et le collectif de travail qui l'accompagne. Une de ses collègues nous confiera qu'elle pleurait souvent à cette période. « *Ca a été dur* » nous livrera Marie-Laure de manière très laconique, comme souvent chez elle quand elle souffre. Puis, comme pour amoindrir la douleur de ses pertes et

---

<sup>325</sup> Référence implicite ici à une réunion surprise que le directeur a organisé récemment pendant laquelle il a exprimé sa colère sur la manière dont le travail se réalisait et les résultats obtenus.

<sup>326</sup> Le directeur nous dira que sa volonté d'avoir des aides-soignantes diplômées est une anticipation sur les réformes à venir qui lui seront imposées à terme par ses principaux financeurs que sont l'Etat, le Conseil Général, l'Assurance Maladie. Il assurera la formation et le salaire d'une salariée qui a réussi le concours d'entrée au Diplôme Professionnel d'Aide-Soignante par la voie interne..

son sentiment de dévalorisation, elle nous présentera les bénéfices secondaires tirés de cette nouvelle situation. “... *mais bon les horaires qu’il (le directeur) me proposait ça me convenait, je ne travaillais que le matin, je finissais à deux heures et demie.*” Marie-Laure n’exprimera pas de colère ni de l’indignation mais plutôt un certain fatalisme mêlé d’une forte dose de résignation. Si ce nouveau rythme de travail, six jours sur sept, lui convient parce qu’il lui permet d’aller chercher sa fille à la sortie de l’école, très vite elle va se rendre compte que ce rythme est trop fatigant. Elle demandera à avoir les mêmes horaires que ses collègues, c’est à dire faire des grandes journées de 12 heures en alternant les « petites semaines » de deux jours et les « grosses semaines » de cinq jours.

Lorsque nous la rencontrons pour la première fois, Marie-Laure n’a donc d’autres perspectives professionnelles que celle de rester agent de service. Quelques mois après, la maison de retraite est en pleine crise de personnel. Cela se concrétise par des démissions successives d’aides-soignantes et des refus de plusieurs d’entre-elles de renouveler leur contrat<sup>327</sup> à durée déterminée. Profitant de cette conjoncture et du départ d’une salariée faisant fonction pour une année en formation professionnelle, elle demande au directeur de lui accorder ce remplacement. Face aux difficultés du moment, celui-ci accepte immédiatement cette proposition<sup>328</sup>. Lorsque nous la revoyons pour la deuxième fois, elle se sent soulagée et libérée, même si cette situation reste précaire.

### **Un rapport fusionnel aux personnes âgées.**

Marie-Laure est ce que l’on appelle dans le milieu médical, une « aide-soignante relationnelle ». Elle a des rapports personnalisés avec nombre de pensionnaires que son ancienneté dans la maison de retraite renforce. Comme pour Aline Gambini, les relations affectives soignant/soigné, donne sens à son travail. Elles la nourrissent et participent de son équilibre de vie. Aussi a-t-elle du mal à comprendre les aides-soignantes diplômées, souvent plus jeunes, qui ne partagent pas ce même mouvement de « l’aller vers » l’autre<sup>329</sup>.

---

<sup>327</sup> Cf. Récit de vie d’Anaïs.

<sup>328</sup> Au moment de sa demande la direction se trouve dans une situation de pénurie de main d’œuvre sévère aggravée par la négociation des 35 heures. La demande de Marie-Laure, qui connaît bien les pensionnaires, tombe à pic.

<sup>329</sup> Cet « aller vers » l’autre est une donnée importante de la professionnalité que nous retrouverons aussi chez d’autres professionnels du monde du social comme les intervenants de proximité auprès des usagers de drogue. Cf. Roche & Causse, 2002,a.

*« Il faut être constamment avec eux (les personnes âgées), les bichonner, les cajoler, les embrasser. »*

*« Les nouvelles aides-soignantes qui arrivent, elles n'ont pas le même comportement que nous. Pour nous, les mamies, elles sont à nous, c'est nos mamies. »*

Marie-Laure est toute entière dans la relation duelle, empreinte d'une forme de possessivité. Ses collègues se positionnent plus en personne tierce dans une plus grande distance vis-à-vis des personnes âgées.

*« - Quelles sont tes principales sources de satisfaction dans le travail ?*

*- Donner de l'affection aux mamies.*

*- Tu en as des retours concrets ?*

*- Oui.*

*- Par des cadeaux ?*

*- Non, pas des cadeaux, mais par des gestes, des mots. Moi je suis d'une nature très affectueuse. Ca m'arrive de les prendre dans mes bras, de les embrasser, de leur pincer la joue... Je les adore, c'est vrai. Bon, il y a des jours où il y en a que je ne supporte pas, c'est vrai. Mais dans l'ensemble je les adore. Sinon je ne serais pas restée tant de temps avec eux ici. »*

Son travail ne se limite pas à son poste de salariée et il peut déborder sur son espace privé. Elle n'a pas établi de frontière étanche entre son travail et son domicile, elle revendique même une certaine fluidité entre les deux. C'est sa manière de vivre sa relation aux personnes âgées qui la guide.

*« - Ça t'est arrivé de recevoir à ton domicile une personne ?*

*- Oui, j'ai pris un pensionnaire, Roland Estève. De temps en temps, l'après-midi, on le sortait, on l'amenait boire un verre, on le promenait. On l'amenait avec une copine aide-soignante pour le calmer parce que de temps en temps il avait des crises, il frappait, il cassait tout, il frappait les pensionnaires etc... Donc l'après-midi quand on avait un peu de temps libre, on le prenait, on le sortait. Ca m'est arrivé avec une mamie aussi, une grand-mère. Elle*

*m'avait dit qu'elle aimait le couscous. Un jour j'ai dit à maman<sup>330</sup> de faire un couscous. J'ai demandé l'autorisation à Monsieur Sigot (le directeur) de l'amener à la maison, il a dit « oui ». Je l'ai prise à la maison, je l'ai faite manger, on a discuté à la maison, et après je l'ai ramenée. »*

Cette proximité va de pair avec une certaine familiarité dans la manière de dénommer les personnes âgées qui est aujourd'hui décriée en maison de retraite.

*- « Il y a eu une demande de ne plus tutoyer les pensionnaires mais de les vouvoyer. Comment ça se passe ?*

*- C'est dur, parce qu'il y a certains pensionnaires qu'on a toujours tutoyés, et d'autres... Bon, tout dépend, on sait avec qui on doit le faire, comme mettons, le petit Raymond Estève, moi ça ne me vient pas de l'appeler Monsieur Roland Estève, ou Zineb, je vais l'appeler Zineb, parce qu'on a toujours fait comme ça. Moi j'appelle toujours en général, mamie ou papi. Pour moi, c'est un mot gentil mais ils ne veulent pas (la direction). Pour nous, mamie ça veut tout dire. Ça passe mieux que de l'appeler Madame untel. Je ne sais pas, on a toujours fait comme ça, si du jour au lendemain on nous demande de ne plus l'appeler comme ça, on n'y arrive pas. Et puis tout dépend des personnes aussi. »*

Cette proximité nominative participe d'une attitude professionnelle où les processus de projections et d'identification abondent et dont le projet plus ou moins inconscient est de former une grande famille. Une certaine géographie affective se construit avec chacun des pensionnaires et comme le dit Yannick Jaffret<sup>331</sup>, lorsqu'il étudie les relations soignants/soignés en Afrique centrale de l'ouest, « le lien affectif ouvre donc directement sur des rôles familiaux, construisant ainsi un espace relationnel comme un « entre deux » instable. »

*« J'ai plus d'affinité avec une pensionnaire qu'une autre. C'est vrai qu'on est attiré par certaines. Elles ont confiance en nous, ça fait des années qu'elles nous connaissent, on est leur seconde maman. Lorsqu'elles pleurent des fois, parce que les familles ne viennent pas les voir, pour une raison ou une autre, on est là, on va les cajoler. En fait, ce sont des bébés. Nous, on les considère comme des bébés.... »*

---

<sup>330</sup> Sa mère a vécu au Maroc lorsqu'elle était jeune mariée.

<sup>331</sup> Cf. Jaffret, 2003, pp. 295-337.

Les attitudes d'aide que développe Marie-Laure Orrizo aux contacts des personnes âgées s'apparentent à des situations d'assistance et de maternage, voir d'hyper maternage. Elle projette son histoire dans celle des personnes âgées dans une continuité qui lui est devenue toute « naturelle ».

« - *La dimension relationnelle dans votre travail, est-ce que c'est reconnu par la hiérarchie comme faisant partie de votre travail, ou ça doit être à côté ?*

- *Il nous a demandé (le directeur) de faire du social, mais ça, ça ne se commande pas, on le fait parce que ça sort de nous. Il y a une assistante sociale maintenant, elle s'occupe très bien des pensionnaires. Mais nous, elles (les personnes âgées) nous connaissent plus.*

- *Est-ce que c'est du social que tu fais quand tu es avec les personnes âgées ?*

- *Non, c'est naturel, je fais avec elle comme je faisais avec ma grand-mère, c'est pareil, c'est exactement pareil. »*

La force du processus de naturalisation des dispositions puisées dans l'enfance et socialement déterminées semble d'autant plus importante chez Marie-Laure Orrizo que la dialectique a été faible entre « l'identification objectivement attribuée et subjectivement appropriée<sup>332</sup> », pour reprendre les expressions de Peter Berger et Pierre Luckmann. Il y a eu une forte continuité dans la transmission des modèles féminins et des modes d'identification à la fonction de mère. Dans le travail auprès des personnes âgées, on voit se dessiner un prolongement de l'univers maternel initial<sup>333</sup>. Se rejouent, en se renversant, les rapports mère / fille.

« - *Il y avait une mamie, Madame Dolores, pratiquement tous les soirs elle bipait quand je travaillais (de nuit). Après mon travail, une fois mes tâches faites, j'allais la voir et je restais avec elle dans le lit. Elle me racontait, elle me racontait, je la rassurais, " Mais non, Madame Dolores, vous verrez... ". Toute la nuit comme ça avec elle.*

- *Et là qui était la mère, qui était la fille ?*

- *Bien, moi j'étais la mère, et elle, c'était la fille ! Elle se confiait à nous, elle pleurait. On les cajole comme avec les bébés, en fait. Madame Marin, qui est au deuxième étage en fauteuil roulant maintenant, c'est aussi un petit bébé pour moi. »*

---

<sup>332</sup> Cf. Berger & Luckmann, 1986, p 181

<sup>333</sup> Cf. Ploton, 1981, pp 117-122.

La maison de retraite est donc vécue dans une forte continuité familiale et filiale. Marie-Laure répète régulièrement dans les entretiens qu'elle « *se met à la place* » des personnes âgées et c'est cela qui guide son action, son comportement. Elle se met à sa place historique de fille jouant le rôle de mère. Elle repère les personnes âgées qui sont seules et leur apporte une présence travaillant ainsi son propre sentiment d'abandon et de solitude, essayant de les combler.

*« Quelques fois il y en a qui n'ont pas de famille aussi. Moi j'ai la chance d'avoir maman, je me mets à leur place, je me dis peuchère, ils n'ont pas de famille. Après c'est nous leur famille. On est là 24 heures sur 24, on est avec eux, ils nous racontent leurs petits bobos, leurs peines, ils nous racontent tout. »*

### **Des relations agitées avec certains pensionnaires**

Marie-Laure est attirée par les personnes les plus en demande, qui peuvent être vécues dans l'institution comme les plus pénibles ou/et les plus angoissées. Elle s'intéresse en fait, aux plus faibles, aux plus isolés, à ceux qui sont rejetés comme elle quand elle était enfant, lorsque son père la préférait à sa sœur. Elle ne semble pas faire le lien avec son histoire. Réfléchir à cela l'amènerait à réfléchir sur le rôle qu'elle jouait au sein de sa famille et les bénéfices secondaires qu'elle a pu y trouver. Cela l'obligerait à revenir sur la première personne qu'elle a voulu protéger, sa mère.

*« - Tu sais vers quel type de personne âgée tu as tendance à le plus aller ?*

*- Vers celles qui se plaignent le plus. Par exemple Madame Chastan qui dit qu'elle est toujours malade, qui se plaint à longueur de journée. Je dois lui dire, “ mais non, Madame Chastan, vous verrez, ce n'est rien, mais vous n'avez rien, mais on vous a guéri<sup>334</sup> ”. Elle croit toujours qu'elle va mourir. Il y en a beaucoup comme ça. C'est vrai qu'ils me font de la peine.*

*- Les autres collègues ont plutôt la réaction inverse, Madame Chastan, elles ne veulent pas en entendre parler...*

---

<sup>334</sup> Madame Chastan se plaint d'une douleur au talon, le médecin dira à son sujet, en réunion de service, qu'il n'y a plus de problème de ce côté là et que rien ne justifie qu'elle se déplace encore en fauteuil roulant.

- Non, moi je l'adore, parce qu'elle est gentille comme tout. Je me mets à sa place aussi, parce qu'elle a beaucoup d'enfants. Ils viennent la voir, mais pas tous<sup>335</sup>. Et puis des fois elle dit qu'elle (Mme Chastan) s'ennuie toute la journée assise sur un fauteuil, le temps ne passe pas. « Alors, chaque fois, elle me dit, “ j'attends la mort ”, des choses comme ça. Ça, ça me fait de la peine aussi. C'est comme de la voir toute la journée assise, je me mets à leur place, je me dis, quand on sera vieille j'espère qu'on ne sera pas comme ça. Ce sont ces gens-là qui m'attirent, (rire) ceux qui sont les plus pénibles. »

Elle est attachée aux pensionnaires, que ses collègues, dans des stratégies d'évitements, fuient le plus possible. Réactivant une souffrance personnelle d'abandon qui a du mal à se dire, elle rentre en contact avec les personnes les plus pénibles de manière assez fusionnelle, ce qui ne va pas sans tension relationnelle.

« C'est vrai que je crie et tout, mais je suis toujours derrière eux. C'est comme les personnes qui fuguaient, elles étaient vraiment... mais je les adorais. Parce qu'après, quand elles étaient bien, elles nous racontaient un peu leur vie, elles venaient contre nous, on les embrassait, comme si nous on était leurs enfants, elles se confiaient à nous. »

Lorsque la demande de présence est incessante, ce qui est souvent le cas pour les pensionnaires les plus angoissés, Marie-Laure se met en situation de devenir l'otage de l'autre. Arrivée à un certain seuil d'exaspération, prise à son propre piège, elle réagit de manière impulsive en criant pour se dégager de la relation. Lorsqu'elle retrouve son calme, le fait d'avoir repoussé l'autre à un moment donné, devient source de culpabilité pour elle et elle part à sa recherche. Elle est ainsi prise dans un cercle relationnel vicieux, alternant des scénarii de fusion et de rejet, étant tantôt dans le manque, tantôt dans le trop plein.

« Mr Calda toute la journée il vous suit, il dit des conneries, bon, je crie un peu, mais après ça me fait de la peine, des fois je le rappelle et tout. Il n'est pas méchant. C'est son état qui le veut aussi. (...) Quand il ne revient pas, c'est moi qui vais le chercher ! (rire) L'après-midi je dis, mais il est où Monsieur Calda, je ne l'ai pas vu cet après-midi ? “ Monsieur Calda, ça va, vous n'êtes pas fatigué ? ”, c'est moi qui lui cours après... »

---

<sup>335</sup> C'est pourtant l'une des personnes qui reçoit le plus de visites à la maison de retraite, plusieurs de ces six enfants viennent la voir très régulièrement. Marie-Laure Orrizo semble projeter son histoire sur cette famille nombreuse.

Développant le modèle du vieillard assimilé au petit enfant que l'on nourrit, change, Marie-Laure se met dans un rôle de toute puissance maternelle, ce qui lui permet d'affirmer son pouvoir et justifier certaines de ses colères.

*« On leur donne à manger, on les lave, on les console, on les reconforte, ce sont des petits bébés. (rire) Mais c'est vrai que des fois on crie pour leur bien, parce qu'ils ne veulent pas manger. Sinon si on les laisse, il y en a qui ne mangent pas. Il faut les faire boire, il faut les faire se laver, si on les laisse, peuchère ils maigrissent, ils ne mangent pas. »*

Les attitudes de maternage sont transposées dans les actes concrets du quotidien d'aide et de soins donnés aux pensionnaires. Marie-Laure Orrizo s'efforce de faire avec les personnes âgées comme avec ses enfants, quitte à les prendre pour des enfants et à avoir envie de les mettre dehors, à certains moments d'exaspération. Elle se trouve face à la difficulté du don de soi. Olivier Schwartz évoque semblable difficulté quand il fait le récit des mères ouvrières de famille de mineurs dans les années 80 face à leurs propres enfants. Il évoque *« l'épuisante obligation d'être mère (qui) les conduit à l'inévitable alternative du don et du rejet, elles donnent beaucoup et rejettent violemment, elles crient, frappent, renvoient »*<sup>336</sup>. Son constat nous paraît largement transposable ici aux réactions de Marie-Laure. Même si elle ne semble pas passer à l'acte, qu'elle ne frappe pas les pensionnaires, elle adopte des comportements de rejet envers des personnes âgées et peut avoir de vives réactions verbales.

### **L'usure psychique au travail au fil des ans**

Si Marie-Laure trouve un certain équilibre de vie dans ce travail au travers notamment des modes de relation avec les personnes âgées, ce travail lui procure aussi de la souffrance. Elle insistera sur l'usure du temps dans l'exercice de ce travail.

*« A la longue, la patience, au fil des années, ça fait 21 ans que je suis là, j'ai pratiquement plus de patience. C'est vrai que c'est dur, ce n'est pas de leur faute, peuchère. »*

---

<sup>336</sup> Cf. Schwartz, 2002, p 257.

*« Je n'ai plus la pêche et la patience que j'avais, il y a vingt ans en arrière. A la longue, on les supporte de moins en moins, c'est pénible toute la journée aussi, de les supporter. (...) Il y a des jours où on crie et tout, mais après ça passe. »*

Sa fatigue se manifeste par « un manque de patience et de pêche » qu'elle attribue à l'âge et à l'ancienneté dans le travail. En même temps, force est de constater qu'elle a développé une certaine résistance, supérieure à la plupart des nouvelles qu'elles soient aides-soignantes ou agents de service. Elle a d'ailleurs du mal à comprendre les démissions rapides des jeunes salariées qu'elle trouve peu endurentes.

*« - Quels sont les aspects les plus difficiles de ton travail ?*

*- Ce sont les journées qu'on fait, enfin, la durée qu'on fait, c'est difficile. Il y a des jours qui passent plus vite que d'autres, des jours beaucoup plus pénibles que d'autres, tout dépend. Quand ça fait des années, à la limite, on est rodé comme on dit, donc on ne fait plus attention. C'est sûr qu'une nouvelle qui arrive, la première journée, elle me dit, " oh, c'est dur, je ne vais pas tenir le coup ". On la comprend sans la comprendre, parce que nous ça fait des années qu'on fait ça, et pour nous c'est devenu une forme de routine. C'est sûr qu'on est fatigué aussi. Mais on est habitué, on est rodé. »*

« Etre rodé » dans ces métiers de proximité, c'est savoir fournir un gros travail dans un laps de temps donné, puis trouver des espaces de récupérations. Dans la durée, il s'agit de trouver un équilibre personnel pour faire face à une importante charge de travail et aux situations potentiellement éprouvantes. Ne pas se laisser trop envahir par ce que l'on vit pour ne pas être trop épuisée quand on rentre chez soi. Marie-Laure nous expliquera qu'après avoir trop voulu raconter tout ce qui se passait à la maison de retraite à son mari, elle a du faire marche arrière. Elle n'arrivait plus à être sereine à la maison. Le couple a alors décidé de « ne plus parler de boulot à la maison », à l'exception des événements perturbant ou encore pour répondre aux questions de sa fille, âgée de cinq ans.

*« - Après, quand on a une vie de couple à la maison, des fois, plus maintenant, mais au début je rentrais énervée, je m'en prenais à la petite, à mon mari »*

*Moi, sortie des Aves, le travail c'est fini. Au début, j'en parlais avec mon mari, quand on était jeunes mariés. Je discutais de ce que je faisais, mon travail, et tout, mais après non.*

*- Ça l'intéressait ?*

- Oui, ça l'intéressait, mais bon, lui il arrivait fatigué de son travail aussi, il me racontait sa journée. Après on a décidé de ne plus parler de boulot. Quand on est à la maison, c'est la petite, la maison, mais après, en dehors de là c'est fini.

- Des fois est-ce que ce n'est pas difficile de pas en parler, quand le travail trotte dans la tête ?

- Oui, ça m'arrive que j'en parle quand il y a un problème dans la maison, une mamie qui est décédée ou une mamie qui est malade que j'aime bien, j'en parle à mon mari. J'en parle à ma fille aussi, parce qu'elle me dit toujours, maman, raconte-moi ce que tu fais. Je raconte. »

### **Les mécanismes de projection de sa vieillesse et de sa mort au contact des personnes âgées.**

Nombre d'aides-soignantes nous diront leur peur de finir leurs jours en maison de retraite comme celle d'y voir l'un des leurs. Elles savent que le fait de vivre dans de tels lieux, joue sur la santé morale et physique des personnes âgées. Les conditions de vie, qu'elles sont bien placées pour connaître, les dissuade de placer l'un des leurs, même si elles ne l'avouent pas explicitement.

*« Je ne supporterais pas maman dans une maison de retraite... de savoir qu'elles sont toute la journée là, sans rien faire, assises sur un fauteuil. Non, je ne pourrais pas, ça me rendrait malade. Même moi en travaillant en maison de retraite, je vois comment ça se passe, je ne dis pas qu'elles ne sont pas bien, mais je ne pourrais pas voir ma mère dans une maison de retraite, c'est hors de question. »*

Sa culture familiale du sud de la méditerranée, son fort attachement à sa mère et son sens du devoir renforcent la position de Marie-Laure. Il n'est pas question pour elle d'envoyer sa mère en maison de retraite, elle qui a longtemps vécu avec sa grand-mère paternelle.

Travailler en maison de retraite ou dans un service gérontologique, c'est être en contact journalier avec des sujets âgés le plus souvent handicapés ayant une santé précaire. Cela amène à être confronté à la vieillesse difficile et à la mort. Accepter d'être dans une relation de soin en reconnaissant l'impuissance qu'il y a à sauver l'autre de la mort, savoir passer d'un stade curatif à un stade palliatif, n'est pas toujours facile. Le travail consiste alors à accompagner le mieux possible la personne âgée le temps qu'il lui reste à vivre en la

respectant et acceptant de la laisser partir. Tous les affects que suscitent la proximité d'avec la mort, la perte de visages familiers parfois aimés, sont difficiles à vivre, surtout quand on n'y est pas préparé.

*« Quand j'étais aide-soignante, au premier décès, ça m'a fait quelque chose, j'étais paniquée, je ne savais pas, j'avais peur. Je n'ai pas dormi de toute la nuit, je n'ai pensé qu'à ça, ça m'avait traumatisée. »*

Marie-Laure doit apprendre seule à se déprendre, se séparer des pensionnaires qui décèdent. Lorsqu'un suicide survient, ce n'est pas seulement l'acte de guérir qui est compromis, mais ce qui fonde au fond de soi le désir de soigner et d'aider, qui sont mis en échec.

*« On a perdu un pensionnaire là qui s'est suicidé, il n'y a pas longtemps, Monsieur Gros, ça m'a affectée ! En plus, la veille après-midi, j'étais allée le voir, j'avais discuté avec lui, parce qu'il est très gentil, mais il était extrêmement angoissé. Le lendemain j'ai appris qu'il s'était suicidé, j'en ai même pleuré, ça m'a fait quelque chose ! Surtout quand ça fait longtemps qu'on les connaît et que comme ça, du jour au lendemain, il décède. Même quand je ne les connais pas, les dernières qui sont rentrées qui sont décédées, ça m'a fait quelque chose, avec certaines on est beaucoup plus proche... »*

Si le pensionnaire âgé, malade ou handicapé, est le médiateur principal de la construction identitaire des personnels soignants, il est celui aussi qui la menace à tout moment. Il s'agit alors, pour conjurer la peur de la mort, de le tenir à distance de soi.

- « - Est-ce que le fait d'être en maison de retraite on se projette soi quand on sera vieux ?*
- On se pose des questions nous aussi. J'espère qu'on arrivera pas à leur âge qu'on sera pas comme eux. Ah oui tout le temps on se le dit avec les filles qu'on n'arrivera pas comme eux à leur âge.*
- Ils sont pas tous pareils quand même ?*
- Pas tous pareils mais bon, de se voir comme ils sont. Moi je suis au quatrième, je compare avec le 4, j'espère que je ne serai pas comme ça, j'espère mourir avant.*
- Pour toi la vieillesse c'est quoi ?*

*- C'est avoir ma tête, être valide, avoir besoin de personne pour subvenir à mes besoins. Pas être grabataire, dépendante. C'est pénible ceux qui ont leur tête et qui fonctionnent comme ça. »*

Marie-Laure expose une conception de la vieillesse heureuse qui s'oppose à celle qu'elle côtoie tous les jours en maison de retraite. Elle se fait l'écho d'une distinction socialement construite de la vieillesse dépendante qui s'oppose à la vieillesse autonome et active. Marie-Laure présente sa grand-mère comme une antidote de la vieillesse difficile et se projette en elle.

*« J'avais ma grand-mère qui a vécu chez nous, toute sa vie, mais elle n'était pas comme ça, Mamie. Elle avait toute sa tête, elle sortait, elle était valide, mais c'est vrai quand je suis arrivée (aux Aves) la première fois, j'ai découvert pas mal de trucs. Je travaillais ici quand elle est décédée, ça va faire 15 ans. Mais quand Mémé est décédée, je me suis plus rapprochée des mamies, parce qu'en elles, je voyais ma grand-mère. Il y avait quelques personnes qui ressemblaient à ma grand-mère, donc je parlais avec elles. Ça me faisait penser à elle. »*

Au fur et à mesure qu'elle ressent sa propre fragilité existentielle, Marie-Laure nous dit mieux comprendre les personnes âgées et mûrir. Cela lui permet d'accroître son empathie pour elles.

*« - Le fait de travailler auprès de personnes âgées, d'être confrontée à la vieillesse, la maladie, et puis la mort, est-ce que tu arrives bien psychologiquement à vivre ça, notamment quand on a pu avoir des deuils personnels ?*

*- Oui oui, parce que je suis passée par là personnellement, donc je comprends un peu mieux les gens qui souffrent. Moi, j'ai eu des problèmes de santé aussi, donc c'est sûr qu'on comprend mieux, c'est vrai.*

*- Ca t'a plutôt aidée, les expériences difficiles que tu as eu au niveau personnel ?*

*- Ca m'a mûrie, point de vue esprit, j'ai beaucoup mûri, oui. »*

### **Une solidarité et proximité familiale qui aident à tenir dans le travail**

La flexibilité professionnelle et l'usure que subit Marie-Laure reste vivable parce que du côté de l'organisation familiale, elle trouve des appuis matériels et psychologiques pour aménager

son quotidien de vie. Son mari aux horaires de travail réguliers disposent de tous ses week-end libres pour s'occuper de leur fille.

*« Mon mari m'aide pour ça, il m'aide beaucoup. Le week-end c'est lui qui s'occupe de la petite, lorsque je travaille. Il la sort, il la promène, il la fait manger, et il m'aide beaucoup à la maison, il fait les courses. Le soir quand je travaille et que j'arrive, le bébé, je veux dire la petite, elle a déjà mangé, elle a déjà pris sa douche, elle est en pyjama, la table est mise. L'autre fois, il m'avait vu vraiment fatiguée, je suis arrivée, il m'avait fait tous les sols, il m'avait fait les lits, enfin... il m'aide. »*

Sans que les rôles sociaux soient structurellement remis en cause, le mari de Marie-Laure est autonome dans la gestion d'un certain nombre de tâches d'éducation et d'entretien domestique. Des formes de coopération sont possibles et peuvent servir de relais en cas d'indisponibilité ou de fatigue de Marie-Laure. La forte solidarité au sein de sa famille, renforce cet appui qui est rendu possible par la forte proximité géographique entre son lieu de vie, celui de sa famille et la localisation de son travail, regroupés dans au sein de la même ville, dans des quartiers proches.

*« Ma fille va à l'école. Tous les matins je la lève à six heures et quart, je l'amène chez maman à sept heures moins le quart, et c'est elle qui me l'amène à l'école. Elle mange à la cantine, et à quatre heures vingt, maman va la chercher. Mon mari arrive entre cinq heures et cinq heures et demie, donc il y récupère la petite puis il rentre à la maison et il s'occupe d'elle. Bon, les vacances scolaires, je les partage avec les deux mamies, c'est moitié Mamie, moitié Mémé. »*

## **Irène Delamare, la tentation d'emprise d'une « technicienne » de soin.**

Irène Delamare a 33 ans. Nouvellement diplômée, elle est aide-soignante<sup>337</sup> dans la maison de retraite publique des Abeilles. Son parcours professionnel qu'elle a commencé en tant qu'agent de service s'y est déroulé en totalité. Nous réaliserons trois entretiens avec elle tout au long de l'année 1999. Le premier se déroulera pour partie avec Laure Bress une salariée remplaçante avec qui elle a des affinités professionnelles et personnelles. Les deux suivants, se feront en tête-à-tête<sup>338</sup>.

### **Un attachement viscéral vis à vis de la maison de retraite des Abeilles**

Irène Delamare tiendra tout de suite à faire connaître son ancienneté dans la maison de retraite. Entrée il y a quinze ans comme agent de service avant de devenir aide-soignante, elle connaît cet établissement de plus longue date. Son père est venu s'installer ici, alors qu'elle avait neuf ans, à la suite d'une mutation professionnelle. Il en a assuré le poste de directeur pendant seize ans. Dès le premier entretien, Irène insistera sur le fort attachement affectif qu'elle a avec ce lieu où elle jouait enfant.

*« A la sortie de l'école on (elle a trois autres sœurs) venait ici, j'ai grandi ici. Mes parents n'habitaient pas très loin, et mon père était tout le temps fourré ici, il faisait des heures à rallonge. Je faisais des bêtises, je courais dans les chambres, c'était mon univers. »*

Au fil des entretiens, l'espace de la maison de retraite apparaît comme un lieu ambivalent : c'est à la fois un cocon protecteur mais aussi un lieu angoissant et mortifère.

Dans ce village, avec ses parents et ses trois autres sœurs, ils ont quitté l'Est de la France et elle ne se souvient plus dans quel état d'esprit elle est arrivée, à l'âge de neuf ans. Elle ne semble pas avoir gardé beaucoup de souvenirs de sa vie antérieure. On a l'impression qu'elle a été de tout temps « ici ». « Ici », c'est à la fois le village de moins de 10 000 habitants où

---

<sup>337</sup> Par la voie de la formation professionnelle continue.

<sup>338</sup> Devant la difficulté à dégager du temps pour un troisième entretien, elle évoquera la possibilité de le faire à son domicile, pour finalement se rétracter et choisir de rester au sein dans son lieu de travail.

elle vit et la maison de retraite. Même si ses parents ont fait construire une maison dans le village, quand elle parle de la « maison », il s'agit toujours de la maison de retraite.

*« Je suis tombée dedans en me levant. On a toujours vécu ici, dans l'ancienne maison (avant qu'elle n'ait été rénovée) ».*

Divorcée, elle habite aujourd'hui avec son nouvel ami et son fils, une maison près du centre du village. Elle semble particulièrement bien intégrée dans cet espace, ne pouvant faire un pas sans y croiser une connaissance. *“ Je connais tout le monde, la vie de tout le monde ”*. Irène est très sociable, cela transparait aussi dans son travail. Elle joue un rôle de leader pour une partie du groupe des aides soignantes.

Son enfance a été marquée par l'ambiance familiale qui semblait régner alors à la maison de retraite, elle en garde une vision assez idyllique. Elle se remémore cet espace comme d'un lieu chaleureux et paisible où les relations humaines étaient fraternelles. Mais ce temps originel pacifié et unifié semble aujourd'hui définitivement disparu. Lorsqu'elle en parle, c'est au passé qu'elle s'exprime.

*« J'ai le souvenir de mon père qui venait voir les gens, il était au milieu d'eux, on était tous les uns avec les autres, il n'y avait pas d'histoire de grades à cette époque, j'ai le souvenir qu'on partait en vacance avec les personnes âgées, mes parents mettaient la main à la pâte pour la vaisselle, tout le monde aidait tout le monde. »*

Elle garde un attachement viscéral à la maison de retraite. En la plaisantant sur ce sujet, nous découvrons que cet espace exerce sur elle une véritable fascination.

*« - Si vous êtes “ tombée à neuf ans dans la maison de retraite ”, comme vous me l'aviez dit la dernière fois, vous ne vous y projetez pas pour après ?*

*- Si, justement, parce que je me dis que finalement c'est là que je finirais. Je me vois bien installée ici et y rester jusqu'à la fin de ma vie.*

*- Vous avez une famille, un conjoint ?*

*- Mais oui, j'en ris en fait, j'en ris un peu, mais je me vois bien finir comme ça. »*

Irène Delamare évoque un lien exclusif et indestructible avec cette maison de retraite à laquelle elle voue une fidélité totale. En quête du désir du père, elle n'a de cesse de vouloir faire revivre ce temps comme pour mieux exorciser sa peur de (d'y) mourir. Cette forme d'attractivité, semble s'être faite sournoisement, à son insu, pour que finalement elle ne puisse plus s'en déprendre aujourd'hui.

*« Mon père me disait “ tu voudras rentrer ici. ”, “ Ah non, jamais ! Jamais je n’y mettrais les pieds, jamais vous m’enfermerez entre quatre murs ”. Et pourtant insensiblement il m’y a glissé et je suis restée<sup>339</sup>. Au début, il m’y a glissé parce que je cherchais du boulot comme tout le monde. Je n’étais pas préposé à être ici. Mais comme j’ai grandi ici, insensiblement, j’ai fait ma vie. (...) J’ai commencé à y faire mes stages d’école<sup>340</sup>, après j’ai travaillé l’été en faisant des remplacements, et puis je suis rentrée ici, dès qu’il y a eu une place libre comme ASH<sup>341</sup>. »*

Quatorze ans après, Irène fait le constat qu'elle n'a pas quitté cet espace où son père l'a faite entrer. *« Je suis partie quand même à 19 ans de chez moi, mais mon papa m'ayant placé ici je n'étais pas vraiment partie. Et puis je te l'ai dit, c'était ma baraque ici, ce qui était un peu embêtant. »*

La mutation professionnelle de son père, dans le cadre d'une évolution de carrière au sein de la fonction publique hospitalière, fera l'effet d'un cataclysme dans la vie d'Irène Delamare, âgée pourtant de 25 ans. Il quittera la structure des Abeilles pour diriger un plus gros établissement pour personnes âgées situé à 25 kilomètres de là.

*« Quand mon père est parti, ça a été gravissime pour moi, je ne comprenais pas pourquoi il partait, je ne comprenais pas pourquoi les gens étaient mutés. Je n'ai pas compris parce que pour moi mon père faisait partie de la maison. J'ai même cru, quand j'étais petite, que c'était lui qui l'avait construite (...) L'univers d'enfance c'est alors effondré et puis malgré tout c'est mon père qui m'avait employée (...) je pensais que mon père était le centre du monde et que c'était lui qui commandait, je ne comprenais pas qu'il y ait quelqu'un qui vienne lui faucher sa maison de retraite. Je ne comprenais pas qu'il y ait une surveillante (rire) qui impose des*

---

<sup>339</sup> Un propos où l'on peut lire une connotation incestueuse.

<sup>340</sup> Elle a suivi un BEP sanitaire et social qu'elle n'a pas réussi.

<sup>341</sup> Agent de Service Hospitalier

*choses non plus. On s'est disputé ! Je n'ai pas compris pourquoi tout changeait. J'en ai fait passer des vertes et des pas mûres au directeur suivant, mais vraiment arrogante, insolente, jusqu'au ... »* Elle ne terminera pas sa phrase, on peut supposer qu'elle fait référence au blâme professionnel qu'elle vient d'avoir, que nous évoquerons plus loin.

Son père parti, le rapport d'Irène Delamare aux membres de la direction va être très conflictuel. Elle n'a guère de mots tendres pour décrire les deux directeurs qui lui ont succédé. Elle reconnaît pourtant, après coup, que celui qui l'a immédiatement remplacé n'était finalement « *pas si mal* », comparé au directeur actuel : « *un pur bureaucrate qui ne prend pas ses responsabilités* ». Ce qui l'amène à la conclusion suivante : « *Avant les directeurs ce n'étaient pas des petits intellectuels qui sortaient le diplôme en poche et qui finalement n'en n'ont rien à faire de la maison de retraite et du peuple.* »

A côté de la question de la pertinence de son jugement, Irène Delamare exprime sa difficulté à faire le deuil de son père qui reste, à ses yeux, un directeur inégalable. Elle se montrera également très agressive envers Madame Campagne, la surveillante générale actuelle qui a succédé à celle avec qui son père travaillait. Mais avec le temps, son regard sur elle changera. Elle lui voue désormais une grande admiration, projetant sur elle une sorte de « mère de substitution ».

*« Elle est parfaite (..) C'est comme une mère pour moi, elle m'a beaucoup aidé cette femme là, à passer des caps difficiles de ma vie que j'étais presque incapable d'assumer. »*

Irène exprime ainsi son besoin de protection et de référent professionnel. La directrice l'a semble-t-il poussée à préparer le diplôme d'aide-soignante qu'elle était réticente à passer, voulant se cantonner au domaine de l'entretien, ayant peur d'affronter le service des soins, « *je préférerai faire du ménage et pas mélanger les deux* ». Irène restera très laconique sur ce moment. Il est loin de ses préoccupations du moment. Elle est en fait obnubilée et meurtrie par un récent incident professionnel.

## **Après le départ du père, un nouvel épisode traumatisant : le blâme**

En 1998, huit ans après le départ de son père, un autre événement vient fortement la déstabiliser et faire ressortir des souffrances enfouies. A l'occasion d'une altercation avec une infirmière salariée, Irène Delamare va laisser échapper sa colère envers la hiérarchie et plus particulièrement envers le directeur actuel.

*« Maintenant je lui en veux à l'autre (elle n'arrive pas à prononcer le nom de l'actuel directeur) ... ceux qui ont les grades, les plus hauts, ils ont raison forcément. Moi je suis désolée, le travail ce n'est pas ça. Qu'on soit gradé, c'est un fait, qu'on soit de la hiérarchie je suis d'accord c'est normal, qu'on ait des diplômes, on doit être ce qu'on est, mais je pense que ce n'est pas la peine de mettre les autres au ras des pâquerettes. »*

Irène recevra un blâme du directeur à la suite de l'altercation qui s'est produite dans la chambre d'une personne âgée, en sa présence. Elle ressentira une profonde injustice, se vivant comme une victime abandonnée des siens, de la hiérarchie, “ même la surveillante, elle m'a plantée ”. Pourtant la surveillante, qui était absente au moment des faits, adoucira l'incident en faisant que la sanction ne soit qu'un coup de “ semonce ” sans incidence sur la carrière. Voici ce qu'elle nous dira en entretien individuel, sans dévoiler l'identité d'Irène Delamare, que nous devinerons aisément.

*« La dernière fois, il y a eu un blâme, c'est une des plus importantes sanctions. C'est parce qu'une employée avait été très insolente avec une infirmière qui ne l'a pas supporté. Ça s'est fait rapidement, je n'étais pas là. Quand la sanction est arrivée moi j'étais absente, et c'est l'infirmière Madame Roux qui me remplace dans ces cas-là qui en a parlé avec Monsieur Pesselier (le directeur) et il a pris une disposition immédiate. Voilà.*

*- Par rapport à votre relation avec cette personne, après, dans le quotidien, est-ce que ça a changé quelque chose ?*

*- Ah oui, parce que c'est quand même des sanctions graves. L'agent, a mal supporté. Moi j'ai essayé de lui expliquer pourquoi ça s'était fait et pourquoi on en était arrivé là, mais elle l'a très mal compris. Et encore maintenant elle est assez meurtrie.*

*- Vous restez attentive et vigilance ?*

*- Ah oui, toujours ! Parce que c'est une employée qui reste aux abois quand même.*

- De ce fait là ?

- Ah oui !

- Il s'agit plus d'une mesure disciplinaire ou symbolique ?

- C'est plutôt symbolique, parce que c'est une faute grave mais qui n'est pas professionnelle. Quand c'est professionnel, ça a une incidence sur la carrière. Là j'ai demandé à Monsieur Pesselier, en accord avec l'infirmière incriminée évidemment, parce qu'il ne faut pas non plus qu'elle soit mise à l'écart, étant donné que c'est elle qui a demandé la sanction, que ça ne soit pas une sanction disciplinaire qui agisse sur la carrière. (...) J'ai seulement demandé que ce soit une semonce.»

Nous ne connaissons jamais la teneur exacte de l'incident. L'infirmière incriminée était en longue maladie quand nous faisons notre investigation. Irène évoquera à de nombreuses reprises cet épisode lors des deux premiers entretiens, sans jamais vouloir nous le relater vraiment. Au troisième et dernier entretien, par contre, elle ne voudra plus en parler, comme si elle avait tourné la page. Lorsque nous la rencontrons la première fois, elle n'arrive pas se détacher de l'évènement, sans pour autant réussir à en parler posément tant elle est submergée par l'émotion et l'indignation. “ *Ce n'est vraiment pas grave, ça je peux vous le dire, ce n'est vraiment pas grave. Alors je me dis le jour où ça sera grave, grave ! (silence)*” . Nous respecterons ce silence, pour ne lui forcer la main et rester dans une démarche d'écoute lui laissant le choix d'en dire plus ou non<sup>342</sup>.

Cet incident semble arriver à un moment de tension générale à la maison de retraite. Il paraît corroborer ce que nous décrira Joséphine Roche<sup>343</sup> lorsque, en sa qualité de responsable d'étage, elle évoque les négligences observées vis-à-vis des pensionnaires et du travail en général. Se sentant épuisée et impuissante à faire changer certaines habitudes de travail de ses collègues, Joséphine Roche finit par craquer en réunion lors d'un stage de formation interne. Ses propos seront alors répercutés à la surveillante générale qui demandera à ses deux infirmières salariées, son adjointe Yvette Roux et l'infirmière avec qui Irène Delamare aura l'altercation, d'être plus vigilantes sur le travail réalisé. A partir de ce moment-là, il semblerait qu'il y ait eu un renforcement du contrôle du travail des aides-soignantes,

---

<sup>342</sup> Dans une approche clinique, il s'agit de susciter la parole en mettant en place un cadre technico-relationnel sécurisant qui permette au(x) participant(s) de s'autoriser à en dire toujours plus sur leurs pratiques professionnelles. Il est important de ne pas brusquer les propos ni de vouloir à tout prix obtenir une information, au risque de bloquer un processus plus global d'émergence de la parole. Cf. Introduction « La position du chercheur en sociologie clinique et son déplacement ».

<sup>343</sup> Cf. Récit de vie suivant.

notamment de la part de cette deuxième infirmière et ce pendant quelques mois, jusqu'à ce qu'arrive l'altercation. Irène Delamare vivra ces moments de surveillance rapprochée comme du « *harcèlement sauvage* ». « *Avoir quelqu'un derrière soi* » lui est insupportable. Elle le vit comme une disqualification professionnelle à priori. Même son père ne s'était pas permis cela. « *Mon père m'avait employé, mais malgré tout, il n'était pas derrière moi* ».

Cette surveillance réactive un manque de confiance elle, qui a « *toujours l'impression de mal faire* ». Cela lui fait perdre momentanément son rapport privilégié avec la surveillante et son adjointe, auprès desquelles elle trouvait du soutien et de la reconnaissance professionnelle. Lorsqu'elle parle de cette période, Irène Delamare nous décrit une tension globale partagée par l'ensemble de ses collègues. Il semble que sa plus grande vulnérabilité ait eu raison d'elle et l'ait faite « craquer » la première. Cette suspicion générale est vécue comme une remise en cause personnelle. Lorsque la coupe a été pleine, à la première occasion venue, elle semble avoir contre attaqué de manière assez irréfléchie en faisant preuve d'agressivité verbale envers cette jeune infirmière. « *Je ne sais pas me réguler ... Quand je sens qu'on ne me fait pas confiance ou quand on ne me croit pas dans ce que je dis, là je réagis...* »

Cela lui semble d'autant plus injuste, qu'elle estime bien faire son travail et qu'elle a acquis de l'expérience. Elle place son engagement professionnel sous le signe du devoir et de la confiance. « *Maintenant j'ai vieilli, il y a des moments où l'on peut vraiment avoir confiance en moi, c'est clair et précis, quand il faut assumer avec une personne, j'assume...* ». Fragilité et assurance se côtoient. Tantôt Irène exprime son sentiment de « *toujours mal faire* » son travail, tantôt elle évoque le fait de le gérer « *impeccablement* ».

Le blâme est porteur d'une puissante charge symbolique négative qui va provoquer chez elle honte et colère. Elle le vivra comme une humiliation policière : « *On m'a vu, l'infirmière et la surveillante à côté, comme si j'allais en prison devant le directeur...* »

Elle a le sentiment d'avoir été trahie (une deuxième fois ?) par la hiérarchie et d'avoir joué le rôle de bouc émissaire. « *J'ai pris pour tout le monde, pour toutes les conneries qui ont pu se faire ici. J'ai été le jouet de tout le monde.* »

Ce double événement, l'altercation et la sanction, font remonter à la surface des situations anciennes de détresse, notamment celle du départ du père de la maison de retraite. N'ayant pas réussi à se contrôler, Irène s'est exposée. La réprimande qu'elle subira alors, la renverra

au fait que son père-directeur n'est plus là pour l'écouter ni la protéger. Elle exprime sa colère et clame son innocence.

*« Bien sûr que le personnel c'était quand même le personnel et que le directeur c'était le directeur, mais c'était dans une ambiance sympathique où tout le monde pratiquement mettait la main à la pâte et c'était très bien. Il n'y avait pas de conflit, maintenant et bien voilà, on n'a plus le droit de rien faire sans qu'on soit derrière nous, je trouve qu'il y a de l'acharnement, moi j'ai envie de lutter contre cet acharnement... »*

L'altercation n'est pas survenue avec une collègue de travail mais avec une personne plus diplômée qu'elle, à savoir une infirmière, ce qui a conféré un enjeu particulier à cette affaire. Il faut dire qu'Irène Delamare est en situation d'admiration devant cette profession, comme en témoigne son attachement aux deux des trois infirmières de la maison de retraite.

*« J'aime beaucoup les moments où je discute avec elles. J'aime beaucoup être entendue de l'une ou de l'autre. Ce sont des personnes qui ont de l'expérience, qui m'aident beaucoup à avancer. J'aime bien quand je pose des questions, avoir certaines réponses que je n'ai pas, surtout sur mon boulot. Je leur demande si ça va dans ma manière de faire, j'ai toujours besoin d'être rassurée. J'aime autant avoir cette écoute là avec la hiérarchie, ça m'aide. Indirectement, elles m'aident, même si elles ne le savent pas. Alors qu'avec les personnes de mon grade, je me laisserai moins guider. Je suis à l'affût de cette profession d'infirmière. »*

Nous apprendrons que son père voulait qu'elle devienne infirmière et, sans qu'elle en fasse le lien formel, elle nous dira que sa mère était infirmière psychiatrique avant qu'elle ne s'arrête de travailler pour élever ses quatre enfants. C'est un métier qui l'attire et avec lequel elle flirte dans sa pratique quotidienne.

*« J'aime faire les soins particuliers, ça me fait plus plaisir que les toilettes quotidiennes. S'il y a des soins d'infirmière, il faut me le dire, je vais m'y consacrer parce que ça me plaît. »*

On voit se dessiner une hiérarchie dans les actes de soin et une vision technicienne du métier d'infirmière. C'est une profession qu'elle idéalise d'autant plus qu'elle lui semble inaccessible.

*« J'aurais toujours aimé être infirmière, je n'ai pas pu le faire parce que je m'y suis prise trop tard. Déjà pour être aide-soignante et maintenant avec les enfants ce n'est pas trop possible. Je n'ai plus envie de me remettre aux études, en plus il faut que je passe le concours d'entrée, je suis incapable de le faire. Après (la formation) je suis capable, mais pas le concours d'entrée en lui-même... »*

Irène associe le travail d'infirmière à l'univers de l'hôpital qu'elle valorise aussi fortement. L'hôpital c'est le seul lieu, en dehors de la maison de retraite, où elle peut se projeter. Mais les conditions qu'elle y met pour faire le saut, rendent ce projet de mobilité assez chimérique.

*« Je changerais (de lieu de travail) s'il s'en créait un (hôpital) à côté de chez moi, ce qui m'étonnerait<sup>344</sup>, sinon je ne changerais pas de métier, ni mon travail avec les personnes âgées. »*

La maison de retraite reste le lieu où Irène se sent en sécurité, même si l'évènement récent l'a quelque peu ébranlée. *« Tant que je reste protégée à la maison de retraite, je suis bien ici...* L'hôpital *« ça serait un grand pas »*, tout comme le passage au statut d'infirmière, mais c'est un pas qu'elle n'est pas prête à franchir, du moins pour l'instant.

Ce qui semble compter dans l'épisode de la sanction c'est le fait que la convocation chez le directeur s'est faite en présence des deux protagonistes. Irène Delamare n'est pas arrivée à s'exprimer, ni à se défendre au cours de cet entretien. Elle s'est positionnée en tant que victime alors qu'elle était mise en position de fautive. Elle ne s'est-elle pas défendue.

*« C'est moi qui ai tout pris. Dans ma tête je rigolais pendant qu'elle (l'infirmière impliquée dans l'altercation) déblatèrait devant le directeur. Je l'ai laissée discuter et quand elle a terminé j'ai dit : " alors ?" et bien j'ai pris un blâme. C'est quand même beau de ne pas avoir le droit de se disculper. »*

Irène Delamare présente une forme de faux détachement devant la situation *« je l'ai laissée discuter »*. Arrogante face à l'infirmière *« je rigolais pendant qu'elle déblatèrait »*, mais soumise, en situation d'impuissance face au directeur, elle attend que le verdict tombe, tel le

---

<sup>344</sup> Elle habite le village où se trouve la maison de retraite.

fatum. Avec ce blâme, elle prend alors conscience de la place statutaire qu'elle occupe dans la maison de retraite, de son positionnement vis-à-vis des infirmières. Son histoire personnelle, le fait d'avoir été la fille du directeur de maison de retraite ne la protège pas (ou plus) et elle ressent une certaine vulnérabilité. Ses relations privilégiées avec la surveillante ne se sont pas avérées des protections imparables face à ce type de situation. Elle prend alors conscience de la force du pouvoir hiérarchique. Elle sait qu'elle n'est pas à l'abri de sanctions disciplinaires. La menace - même lointaine - de perdre sa place et de quitter ce lieu auquel elle est si profondément attachée, la feront dans un second temps agir. Elle va fonder un syndicat pour se protéger de la hiérarchie avec quelques unes de ses meilleures collègues aides-soignantes.

### **Une recherche de protection dans l'engagement syndical**

Irène Delamare ressent la nécessité de créer un contre-pouvoir pour s'exprimer et lutter contre les injustices. « *Comme dans toutes les hiérarchies, il y a des gens auxquels on ne touche pas et d'autres qu'on peut à sa guise promener à droite et à gauche* ». Elle juge la direction arbitraire et partielle. Alors elle réfléchit à une forme d'organisation collective. Avec un petit groupe de pairs, elle monte un syndicat FO<sup>345</sup>, en recréant une sorte de nouvelle « famille », « *ce groupe correspond étrangement à nos groupes d'amitiés* » .

Elle emprunte alors un langage combatif et développe un discours faisant référence à la lutte des classes. « *Moi j'ai envie de lutter contre cet acharnement contre les plus petits (...) Ce n'est pas parce qu'on est plus petit qu'on est moins intelligent, plus bête, qu'on est des esclaves. Je trouve qu'on a le droit au moins de parler, de dire, de se défendre, de pouvoir avoir des témoins. Qu'on puisse nous comprendre ou au moins nous entendre, chose qu'on ne sait plus faire ici. Et mon père savait très bien le faire, ça, par contre.* »

Lorsque nous lui demanderons des exemples de revendications, elle ne pourra pas nous en donner, mais elle développera tout un discours sur le positionnement du syndicat vis-à-vis du fonctionnement de la maison de retraite. Alors qu'elle nous a parlé de lutte « *des plus faibles* » pour se protéger des décisions « *des plus forts* », elle refusera, le terme de « revendication » que nous lui proposons pour parler des actions de son syndicat.

---

<sup>345</sup> Lorsque nous lui demanderons ce qui a motivé son choix d'appartenance syndicale, elle nous dira simplement qu'il y avait eu « *un syndicat F.O. dans le temps* ».

« - Vous avez eu des premières revendications précises que vous avez porté à la connaissance de la direction ?

- Ce n'est pas encore bien en fonction. Ça fait son petit bonhomme de chemin. Mais pour nous il n'est pas question que ce soit une pression continue sur le directeur. Vraiment pas du tout. Surtout que moi je viens de vous dire que j'aime travailler ici, ce n'est pas après pour aller démonter tout le monde là-haut<sup>346</sup>. Je ne veux surtout pas, mais alors surtout pas, au contraire, bien au contraire, on est dans l'échange.»

Son discours est ambigu. Irène Delamare a ressenti le besoin de se défendre et de défendre le statut d'aide-soignante en posant un acte collectif. En même temps, elle se sent toujours fille de directeur. Son attitude reste ambivalente et fluctuante. Elle défend ses droits et ceux de ses collègues sans vouloir toucher à la figure historique du « père directeur ».

Avec la création du syndicat, Irène met en place un nouveau mécanisme de protection qui assure une forme de vigilance collective au sein de la maison de retraite. Elle est à la recherche d'un nouvel équilibre et de réassurance. « C'est calme tu vois. Depuis qu'il est là, (un an environ) il existe une sorte de protection, je ne parle pas d'une grosse protection mais une petite protection tranquille, j'aime mieux ça, je préfère. »

### **De la fusion à la confusion puis le désir d'une certaine distanciation.**

Evoquant son attachement à la maison de retraite, Irène Delamare nous parlera de la difficulté qu'elle a eu à investir un espace privé, sa maison, indépendamment de la maison de retraite. Longtemps, elle a confondu les espaces, jusqu'à ce que cette fusion s'avère trop menaçante pour elle.

« ... ça ne date pas de longtemps que je fasse la différence (entre sa maison et la maison de retraite) mais bon, certains événements font qu'il vaut mieux le faire, ça tape moins sur le système nerveux<sup>347</sup>. »

---

<sup>346</sup> En fait, les bureaux de la direction sont situés au rez-de-chaussée à l'étage inférieur de là où elle travaille,. C'est sur un plan symbolique qu'il faut entendre l'expression « tout le monde là haut ».

<sup>347</sup> Références à des infidélités amoureuses entre des aides-soignantes et leur conjoint.

Il est toujours difficile pour elle de mettre en œuvre cette séparation. Irène éprouve beaucoup de plaisir à sentir qu'il y a une continuité entre son travail, ses amies et sa famille. Tantôt cela la réconforte, tantôt cela la vulnérabilise.

*« - Ici ce n'est pas impersonnel, c'est bien et ce n'est pas bien. C'est à dire qu'on mélange tout. Il y a la vie privée mélangée avec la vie professionnelle, dans une bonne osmose, à notre niveau à nous (...) nos amies principales sont ici, c'est important, parce qu'on se voit même à l'extérieur et ce n'est pas un handicap du tout.*

*- Ce groupe d'amies s'est constitué où ?*

*- Ici, puis il se renforce quand il y a des gros problèmes, avec la hiérarchie et tout ça. On s'épaule vachement... »*

Dans le groupe d'amies aide-soignantes, Irène joue un peu un rôle de leader, elle se décrit comme une personne ressource pour ses collègues, notamment sur le champ de la vie privée.

*« Il y a beaucoup de gens qui sont célibataires<sup>348</sup>. Les gens qui ont des familles, sont des références. Moi je fais un peu référence par rapport à toutes les autres copines. C'est drôle, je ne voudrais pas être une référence, mais j'en suis une. On me l'a dit, " toi ça marche bien, c'est super. Avec le mari que tu as, c'est impeccable ". C'est un vrai symbole. C'est drôle, elles s'accrochent à ça, ces filles là.... Elles trouvent que j'ai réussi ma vie. Elle n'a pas toujours été rose<sup>349</sup>, mais elles trouvent que là, maintenant, tout va bien " toi tu as réussi, c'est superbe ", c'est drôle ça, parce que je trouve que je n'ai pas réussi plus qu'une autre. »*

Irène Delamare est séparée de son mari avec qui elle a eu un enfant, elle vit aujourd'hui avec son nouveau compagnon cariste, avec qui elle semble heureuse. Son désir de reconnaissance est très fort et elle semble avoir un réel pouvoir d'attraction, même si elle semble un peu exagérer la situation. Investir ce rôle de « référent », lui donne de la contenance et la valorise, elle qui a un fort sentiment de dévalorisation et un besoin d'affirmation sociale. En même temps, le fait d'être à l'écoute de tout de qui se passe, d'être au cœur des cancans et événements personnels des collègues réactivent ses propres peurs et l'angoisse.

---

<sup>348</sup> La majorité des aides-soignantes aux Abeilles sont en fait mariés.

<sup>349</sup> Elle s'est séparée de son mari avec qui elle a eu un premier enfant, Irène a eu un deuxième enfant avec son ami actuel.

*« Les problèmes se fusionnent et ça m'énerve, ça me tend et ça me rend agressive, car en plus, un rien me fait faire du souci. Ça a des retombées physiques car j'ai une petite santé<sup>350</sup>. Je suis très énergique, je brûle toutes mes calories et quand j'arrête je suis comme une poupée qui n'a plus de piles. Donc, j'ai souvent besoin de me ressourcer, je me ressource ici et quand je suis chez moi. Mais je n'aime pas mélanger les deux, parce que sinon, je ne sais plus où j'habite. Si j'ai un problème ici et que je rentre à la maison avec, je fais n'importe quoi à la maison. »*

Le temps partiel, un 4/5°, qu'elle a pris depuis le début de l'année semble l'aider à faire un travail de distanciation, à retrouver une santé morale et physique. Elle essaie d'avoir deux jours consécutifs de congés dans la semaine, elle consacre le premier, le mercredi, à ses enfants âgés de 10 et 6 ans, et le second, le mardi ou le jeudi selon les semaines, pour faire des tâches domestiques et se détendre .

*« Je prends une deuxième journée pour rester à la maison. Je fais le travail de la maison, des fois je regarde la télévision, des fois je ne fais rien du tout, carrément rien, je suis bien. Du jardin des trucs comme ça ou alors je m'en vais faire les magasins. J'aime bien aussi foutre le camp, partir, je vais manger chez les beaux-parents ou alors je m'en vais. Je reviens toujours pour aller chercher les petits à quatre heures et demi, puis voilà.(...) Ça me repose, je suis fatiguée ici, c'est fatigant le boulot, très fatigant, il y a des moments, j'en ai marre aussi. Il y a tout le temps des changements (de planning) et c'est pénible pour moi. Pour avoir ses repères, c'est difficile. J'aime bien être ici ça c'est fou, mais quand je suis chez moi, j'aime rester chez moi. C'est récent ce besoin de faire la différence comme ça, et je me suis rendu-compte que ça tape moins sur le système nerveux quand même. »*

Financièrement ce choix l'amène à toucher 1 050 euros net par mois (hors prime du dimanche) au lieu des 1 200 euros qu'elle devrait toucher en devenant aide-soignante diplômée. Mais comme elle s'est mise à temps partiel au moment de ce changement de statut, son salaire n'a pratiquement pas évolué. Cette décision n'a donc pas changé l'économie familiale.

---

<sup>350</sup> Nous apprendrons au détour d'une conversation, après nos entretiens, par une de ses amies, qu'Irène a eu deux dépressions. Elle ne nous en a jamais parlé.

*« Avec le temps partiel, c'est vrai qu'on a 1000 francs de moins par mois, et bien ces 1000 francs de toutes façons, je ne les touchais pas quand je n'étais pas aide-soignante. C'est comme si je n'avais pas été augmentée, mais je n'ai pas baissé non plus. »*

Si l'univers protecteur de la maison de retraite s'est effondré avec le départ de son père, Irène Delamare a su reconstruire, au travers de relations privilégiées qu'elle a tissées et du syndicat qu'elle a monté, un espace de vie qui lui convient. L'équilibre d'ensemble cependant reste fragile. La séparation des espaces de vie historiquement mêlés fait partie de ce travail d'élaboration.

### **La relation d'emprise envers les pensionnaires**

La maison de retraite est inscrite comme un espace protecteur et pacifié de l'enfance qu'elle essaie de maintenir par tous les moyens. Mais c'est aussi une source d'angoisse et de souffrance récurrentes qu'Irène n'a de cesse de combattre. Elle parlera de sa peur d'être au contact de personnes qui sont en fin de vie. Le fait qu'elles arrivent de plus en plus âgées et handicapées à la maison de retraite, renforce cette peur.

*« - J'ai une trouille de vieillir qui est quasiment obsessionnelle chez moi, et donc de travailler ici. C'est un peu bizarre, c'est incroyable. Mais justement je lutte, en luttant je me mets des œillères, je travaille avec des œillères.*

*- Vous luttez ou vous vous confrontez ?*

*- Les deux, (silence) mais je lutte surtout. J'essaie de ne pas penser : " tu te rends compte, un jour tu seras comme ça ", je ne veux pas savoir, je ne veux surtout pas savoir, surtout pas. Surtout pas me dire qu'un jour je serai comme ça.*

*- De quoi avez-vous peur ?*

*- De la vieillesse, de la laideur, de la déformation du corps, de la maladie, de la souffrance. Il y a des personnes qui souffrent énormément avant de mourir et ça c'est quelque chose dont j'ai peur parce qu'automatiquement je pense à moi, à ma famille...»*

Son angoisse est forte et diffuse. La vieillesse, la dégradation physique, la maladie, la souffrance sont énumérées à la suite les unes des autres, comme si elles se confondaient dans un tout indifférencié qui conduit à la mort. Une pensée qu'elle tente d'occulter en se mettant des œillères et se forgeant une « carapace ». *« J'ai une forte carapace... je fais exprès de me*

*mettre en retrait ou de carrément ignorer la mort*” Cette occultation se fait au prix d’une certaine perte de professionnalisme : *« j’ai beaucoup une carapace qui m’empêche de faire l’accompagnement de fin de vie correctement »*.

Cherchant à voir si cette peur trouve son origine dans un événement précis, nous reviendrons sur un fait décrit comme traumatisant lors du premier entretien, qu’Irène nous évoquera de manière assez elliptique au détour d’un propos. *“ J’essaie de ne pas dire : « oh! peuchère », parce que si je me dis peuchère, c’est fini pour moi, mon rêve il est bousillé. Je le sais car je l’ai vécu. ”*

Au deuxième entretien, elle nous dira : *“ Je m’étais attachée à un homme ici qui est mort quelque temps après. Je me suis dit que je ne m’attacherai jamais plus. Il était légèrement plus jeune que les autres, je m’étais prise d’affection, je l’aimais beaucoup, d’ailleurs c’était le grand-père d’une collègue d’ici. Quand il est mort, ça m’a fait énormément de peine et je me suis dit que c’était fini. Parce que quand ça me fait de la peine, ça me rend malade, c’est le cas de le dire (silence). ”* Elle me signifiera par son débit saccadé et la baisse d’intensité dans sa voix qu’elle ne souhaite pas en dire plus.

Irène Delamare met en œuvre, des mécanismes de défense puissants pour se tenir à distance. Elle tente d’agir sans ressentir, en neutralisant ses affects. *“ Dans ma pratique, je ne crains rien de ce qui peut se passer, de ce qui peut sortir ou rentrer du corps humain, je ne crains pas la mort, je ne suis pas attachée aux gens. ”*

Cela lui donne une impression de maîtrise de soi, un sentiment de toute puissance et d’invulnérabilité. *« J’en ai dit ou fait des choses devant un mort, tranquille, mais bon c’est vrai je ne crains plus rien. C’est une façon de cacher peut-être une peur ou un stress... »*

Nous engagerons Irène Delamare à poursuivre son explication en lui demandant, quelles sont *« ces choses qui se font entre copines ? »* Elle restera peu précise. *« Ouais, on rigole quelquefois. C’est vrai que des fois on rigole même sur la personne, la pauvre elle est à côté hein, c’est sur que tu regrettes mais tu ne peux pas être parfaite. Il y a des choses que tu fais parfaitement et puis il y a des choses que bon ma foi, ras-le-bol, à un moment donné, tu fais autre chose que ce qu’il faudrait. Tu redeviens un peu enfant, tu vois (rire) et puis quand le chat n’est pas là les souris dansent. Tu fais une bêtise ou tu dis une parole déplacée et puis*

*après tu le regrettes ou tu ne le regrettes pas. Il n'y a même pas de question à se poser la dessus, ça te passe, parce que dans mon cas j'ai l'habitude de tout ça. Je suis là depuis tellement, tellement longtemps que je ne fais pas attention à me reprendre, à faire celle qui va faire complètement tout bien. Non je ne suis pas obsessionnelle à ce point quand même. »*

Sous le regard des collègues, avec leur complicité, elle transforme son angoisse en une sorte de bravade et éprouve un plaisir pervers à manquer de respect aux personnes âgées. On retrouve chez Irène une certaine cruauté enfantine. Dans son affirmation : « *Tu redeviens un peu enfant, tu vois (rire) et puis quand le chat n'est pas là les souris dansent* » ce sont les difficultés à maîtriser sa pulsion, à contenir ses actes et ses propos, à intérioriser l'interdit quand la direction vécue comme instance morale n'est pas là. Cela ne se fait pas sans un certain sentiment de culpabilité. Mais elle le rejette aussitôt, en faisant jouer à « *l'habitude* » un rôle explicatif et justificatif de son comportement. Il s'agit d'affirmer une pulsion sadique face à la menace narcissique que représente le vieillard, une menace projective de ce qui pourrait lui arriver un jour avec le temps.

*« Il faut absolument que je réagisse, pas comme un robot, mais presque.... J'évolue comme ça parce que je me mets des œillères. »*

Cette affirmation semble faire échos aux propos d'Anne Vega<sup>351</sup>, lorsqu'elle affirme : « *Si le malade est le principal médiateur des relations sociales entre blouses blanches et permet de s'ériger en bien-portant, il est aussi l'élément menaçant sans cesse de l'équilibre précaire des soignants* ».

Irène Delamare refuse de rentrer en contact avec les pensionnaires, de les considérer comme des êtres humains désirants. Elle n'a d'eux « *qu'une vue d'ensemble* » comme elle se plaît à nous le dire. Pour mettre en œuvre ce processus de négation de l'autre, elle doit agir de manière routinière, voire robotisée et couper ses actes et paroles de toute dimension éthique.

*« Les relations, depuis le temps que je suis ici, c'est malheureux mais il y a beaucoup de routine qui s'est installée. On dit les mêmes choses tous les jours...ce n'est pas tellement bon d'avoir une routine, ça m'enlève des valeurs. Mais je ne peux pas revenir en arrière, je ne peux pas recommencer à être étonnée. »*

---

<sup>351</sup> Cf. Vega, 2000 et Conclusion de cette recherche.

La routine comme l'habitude, sont des procédés couramment repérés dans le travail des soignants. C'est une tentative pour être le moins possible touché par l'autre .

*« La routine c'est un moyen (pour lutter) contre cette peur de rentrer dans la vie privée, l'histoire des gens et de se rendre compte qu'ils ont eux aussi été jeunes. »*

Ces attitudes, quand elles se généralisent, peuvent aboutir à des situations de violence symboliques ou physiques envers les personnes âgées.

*« Les gens qui sont grabataires on le sait, c'est ancré dans la tête et dans nos gestes au quotidien. Pour la toilette ça se répète, tu fais pratiquement les mêmes gestes, tu dis pratiquement les mêmes choses, ça se fait facilement. Donc tu arrives et tu le fais comme si tu allais emballer des (rire) patates. C'est quand même des êtres humains mais malgré tout, tu fais ça, tu as l'habitude. »*

Ce processus de réification de l'autre, va pouvoir passer par un affrontement physique dans le cadre des tâches du travail. L'enjeu est d'amener l'autre à sa propre volonté, qu'il obéisse à ses gestes sans manifester de résistance. Et lorsque, par ses gestes d'automate, Irène se heurte à la volonté de la personne âgée, une lutte s'engage.

*« La personne qu'on va lever et qui ne veut pas faire la toilette, tout de suite ça va coincer. Tu ne vas pas prendre la personne super délicatement, tu vas la prendre un peu plus énervée et donc ça part mal. Et plus ça part mal, plus la personne se rétracte. Ça marche plus comme ça devrait marcher et l'heure avance.»*

On aboutit alors à des situations d'emprise telle que peut le décrire Mireille Trouilloud<sup>352</sup> *« l'emprise est là, en tant que domination du sujet sadique sur son objet, en tant qu'atteinte portée à l'autre, parfois au corps de l'autre »*. La relation à l'autre, mis au rang d'objet que l'on manipule, se fait dans un rapport dominant-dominé, qui se trouve renforcé par des impératifs institutionnels de temps.

---

<sup>352</sup> Cf. Trouilloud, 1998, p. 18.

*« Ici, pourquoi le temps est minuté ? Ça a été dit comme ça au départ, on doit finir avant neuf heures (les toilettes), alors tu comprends il y a une espèce de stress qui s'installe, parce qu'on est toujours minutées par cette heure qui, je crois, est néfaste en fait. »*

Dans cette maison de retraite, comme nous l'avons dit, les aides-soignantes doivent réaliser sept toilettes en une heure et demie. Elles peuvent être accompagnées d'une agent de service pour les pensionnaires en surpoids. Si le nombre de toilettes à réaliser est peu important, la charge psychique est réelle, sources potentielles d'usure professionnelle. Irène Delamare va ainsi trouver dans le fonctionnement des Abeilles, un encouragement à son propre mouvement de domination et d'assujettissement de l'autre. Devenir un « robot » amène à développer des relations instrumentales avec les autres. Mais cette situation de pouvoir n'est pas sans limite. La hiérarchie peut la rappeler à l'ordre quand ses agissements ou paroles vont trop loin.

*« Nous ne sommes pas des robots, le blâme ça peut arriver à tous. Alors quoi “ tu es renvoyée tout de suite. Je me dis, tu n'as pas le droit de dire quoi que ce soit ! Je trouve que c'est aberrant. »*

Irène ne se rend pas compte que ce qu'elle dénonce dans le fonctionnement de la direction, qui selon elle profite de sa position hiérarchique pour dominer, c'est ce qu'elle reproduit auprès des pensionnaires, placés en situation de fragilité et de potentielle soumission vis-à-vis d'elle.

### **Une technicienne du soin**

Irène va se sentir également encouragée dans son désir de domination par les objectifs généraux de l'institution. Contrairement à l'hôpital, l'objet d'un « placement » en maison de retraite n'est pas tourné sur un enjeu de guérison. Nous avons vu que le double objectif<sup>353</sup> de ce type de structure est plutôt de permettre aux personnes âgées de vivre leurs vieillesse en sécurité avec la meilleure santé possible, loin des autres, en situation de réclusion. Un individu qui refuse de manger, de se laver ou de déféquer met en échec le premier objectif des maisons de retraite.

---

<sup>353</sup> Cf. Deuxième partie, chap. « Le fonctionnement institutionnel, la mise en œuvre d'un processus de réification ».

*« Des fois on se dit, mais mince, s'il n'a pas envie. Mais nous on est soignant, il faut insister. C'est difficile car il y a cette question de soigner malgré tout. »*

C'est une question de responsabilité qui est évoquée pour justifier son comportement. Elle nous explique que son travail consiste à maintenir les pensionnaires « *en état de vie* » dans les meilleures conditions sanitaires possibles. Irène s'engage alors dans un processus de rationalité instrumentale orientant son travail non pas tant vers des normes et des valeurs (même si elle semble à certains moments le regretter) que vers des formes d'obligations à maintenir en vie « *malgré tout* », c'est à dire coûte que coûte.

*« On les conserve comme il faut, ils ne souffrent pas, on les conserve hydratés. Ce sont des gens qui souffrent mais sans souffrir. »*

Refusant d'appréhender l'individu en face d'elle dans sa subjectivité, elle le réduit à un objet de soins que l'on conserve. Son travail va alors consister à identifier et répondre aux seuls besoins physiologiques ou médicaux des personnes âgées. Dans cette transaction, la notion de « besoin » se substitue à celle de « désir ».

*« Tous les besoins avec moi, il n'y a pas de problème, je suis là sur le terrain. Pour moi, le travail c'est plus technique que moral : « la pauvre papi », « la pauvre mamie », ça, ça me plaît moins. Je préfère être d'action, aller chercher l'oxygène . »*

Se réfugiant dans “ *le faire* ”, Irène Delamare va mettre en œuvre un autre mécanisme de défense bien connu dans le monde soignant, l'activisme, au risque de sa santé. Mais elle préfère cela à la confrontation directe avec les vieux. Elle se centre sur la technicité des actes de soin vécus comme “ *grandioses* ”. Cela l'anime, la préoccupe, au point de pouvoir la réveiller la nuit.

*« Dernièrement j'avais complètement oublié de faire un soin, je ne suis pas arrivée à dormir, je me suis levée toute la nuit. »*

Son désir d'agir est en lien direct avec la fascination qu'exerce sur elle le métier d'infirmière, vécu comme inaccessible mais très attirant. Dès qu'elle le peut, elle travaille avec les infirmiers ou exerce seule certains de leurs actes. Elle franchit alors les frontières du métier

d'aide-soignante et brave volontairement la réglementation en vigueur. On retrouve un certain plaisir à braver l'interdit, à s'exposer et se mettre en situation limite.

*« S'il y a des soins d'aide ou d'infirmière carrément, il faut le dire, je vais m'y consacrer parce que ça me plaît. L'aspect technique du travail ce sont les soins en technique. Je vais faire ce qu'on m'a appris ou ce que je sais déjà, plutôt que d'inventer ou d'essayer d'appeler l'infirmière. C'est moi qui vais faire, parce que j'ai envie de faire ça, ça me plaît, alors que c'est peut-être, même pas de mon recours, mais même si on me le dit je m'en fou, ça me plaît. »*

Irène a le souci de se présenter comme une bonne professionnelle. Elle manifeste le besoin à plusieurs reprises de nous affirmer qu'elle est une personne volontaire qui connaît bien son travail et le fait bien.

*« Je suis la première à aller les changer, les masser, faire tout ce qu'il faut, tout mon travail d'aide-soignant revient en moi. Donc je pense, sans prétention, faire mon travail correctement, mais ça ne va pas m'empêcher de raconter une histoire drôle à la copine en face (d'une personne âgée) et finalement on va s'éclater dessus, tu comprends. »*

Elle met en avant le côté technique du travail pour secondariser le registre relationnel qu'elle sait important mais qu'elle rejette. Elle se sert d'un discours ambiant qui traverse le milieu soignant clivant les fonctions techniques, des fonctions relationnelles, pour conforter son propre mouvement et asseoir cette manière de faire. Une fois la mise à distance de la personne âgée opérée, la plaisanterie et le rire peuvent prendre place et accompagner cette insensibilité, être un prolongement de ce « *stand by affectif* », comme le fait remarquer Yannick Jaffret<sup>354</sup> qui nous rappelle à ce propos l'expression de Bergson quand il parle de l'indifférence du comique qui « *exige quelque chose comme l'anesthésie du cœur* ».

Constatant que les pensionnaires arrivent de plus en plus invalides ou déments, Irène Delamare remet en cause le travail de prévention, comme la rééducation à l'incontinence, ou le travail d'animation que la maison de retraite des Abeilles essaie de développer. Elle se heurte aux aides-soignantes plus relationnelles, « *celles qui disent, le pauvre papi ou la*

---

<sup>354</sup> Cf. Jaffret, 2003, p.306.

*pauvre mamie* » dont elle se moque en caricaturant leurs propos. Elle voit les pensionnaires s'avancer en pente douce jusqu'à la mort et seul son travail d'assistance technique pour les fonctions vitales lui semble utile et nécessaire.

*« La surveillante voudrait qu'il y ait plus d'animation avec les gens, moi je doute fortement. Ils sont bien avancés dans la démence quand même, je ne vois vraiment pas ce qu'on peut faire. Ils dorment toute la journée c'est sûr, mais je ne vois pas trop ce qu'on peut faire avec des gens de quatre vingt, quatre vingt dix ans. »*

### **Un sens aiguisé et tranchant de l'observation**

Irène semble bien connaître les valeurs éthiques attachées aux soins à la personne souffrante ou fragilisée. Elle nous en parlera à l'occasion du récit de ses épreuves de son diplôme d'aide-soignante.

*« Si tu fais que de la technique sans penser que la personne c'est un être humain devant toi elle (l'examinatrice) va peut-être te mettre une bonne note pour la technique mais pour l'oral, pour le maintien de la personne en situation, elle va te dire, vous pouvez aller ramasser des navets. Vaut mieux faire une toilette un peu moins en technique c'est à dire moins faire les choses comme elles devraient être faite, même des fois un peu négligé et peut-être parler avec la personne, rire avec elle. Elle (l'examinatrice) préférera peut-être ça que d'aller la nettoyer dans des endroits pas possibles ou faire comme on nous a appris exactement. Il n'y a pas une bonne technique en particulier, il y a surtout une technique de respect de la personne et maintenir un état de propreté correct.»*

Irène Delamare décrypte les attentes des examinateurs et s'y adapte pour la circonstance. Elle affirme des valeurs de respect de la personne qu'elle semble incapable de mettre en œuvre au quotidien dans son travail. On ressent une forme de clivage chez elle.

Lorsque nous lui demanderons ce qu'est pour elle un soin, elle nous répondra : *« ça peut très bien être de la relation d'aide, parler à quelqu'un, l'aider à passer un cap parce qu'il pleure ou parce qu'il a envie de quelque chose ou tout simplement placer une perfusion pour l'aider à se sentir mieux parce qu'il est en train de mourir. »*

A un autre moment, elle continuera cette discussion en affirmant que « *soigner c'est très vaste, c'est aider la personne à rester le plus longtemps possible une personne tout simplement, un être humain et pas un animal qu'on fout dans une niche qu'on laisse là abandonné.* » Ce mot d'abandon reviendra souvent dans ses propos que ce soit pour parler d'elle ou des personnes âgées.

Irène a besoin régulièrement d'employer des termes ou des tournures de phrases plus ou moins choquantes ici « *un animal qu'on fout dans la niche* », « *emballer des sacs à patates* » pour parler de son intervention auprès des personnes âgées... Cela se présente sous forme de provocation et témoigne d'une violence/souffrance qui déborde et a besoin d'être exhibée.

Tant qu'elle est dans une définition générale du soin, Irène Delamare nous fait un tableau de son travail qui respecte l'individu, prend en compte ses désirs. La relation d'aide n'est alors pas coupée de la réalisation d'un soin concret, elle s'inscrit en continuité. En l'amenant à développer ses propos sur cette question, nous pourrions toutefois observer une certaine volonté de dominer les personnes âgées ce qui tend à limiter les affirmations précédentes.

« - *Qu'est-ce qu'une bonne aide-soignante ?.*

- *C'est quelqu'un qui est à l'écoute des gens. Qui conseille, aide, qui a un rôle d'éducation, mais il ne faut pas non plus exagérer. Nous sommes des rééducateurs, nous sommes là pour palier les besoins des gens.* »

Dans l'expression « *il ne faut pas non plus exagérer* » Irène nous signifie le passage entre le métier idéal et sa pratique. Le terme de « *rééducateur* » fréquemment utilisé dans le travail social est une expression forte qui peut servir ici à légitimer un certain pouvoir sur des personnes âgées à « *ré-éduquer* ». Il y a des sous-entendus dans ces propos. En tant que « *mère de famille* », Irène nous dira se ressentir comme « *une éducatrice face à ses enfants* ». En tant qu'aide-soignante auprès des personnes âgées, elle exprime le besoin de les « *ré-éduquer* ». Elle assimile le vieillard à un être qui régresse et elle agit pour qu'il ne perde pas tous ses moyens, pour lutter contre sa « *dégénérescence* » d'un point de vue, nous l'avons vu, technique. Irène insistera sur le « *don de l'observation* » qu'elle pose comme un préalable nécessaire à tout acte technique de « *rééducation* ».

*« On n'est pas docteur, mais du premier coup d'œil on s'aperçoit de beaucoup de choses. D'abord le rôle primordial de l'aide-soignante c'est l'observation, si elle est sale, si elle est propre, si elle est valide ou pas, on le voit tout de suite. » (...) J'ai énormément les sens développés, l'observation, et justement c'est ça la parfaite aide soignante, c'est quelque chose de bien ancré en moi, je sens très bien la personne.»*

La question du sens de l'observation est effectivement une compétence importante dans ce métier, qui n'est pas toujours bien identifiée et reconnue. Donner à l'observation le statut de savoir ne permet pas de se hisser au rang du pouvoir médical, il permet toutefois de rivaliser un peu avec lui. C'est une sorte de savoir profane tiré de l'expérience professionnelle à partir duquel Irène Delamare organise son action, affirme sa légitimité, elle qui ressent la dévalorisation sociale qui entoure son métier. Ce sentiment l'amène régulièrement à jouer d'autodérision pour parler de son travail identifié au « sale boulot »<sup>355</sup>. *« Quand on me demande ce que je fais, je dis que je suis aide-soignante et - faut pas le dire - que je lave des culs (rire). »*

Sa conception du soin doit être aussi mise en perspective avec ses propres angoisses de soignante. L'insistance sur le sens de l'observation, sur le « *coup d'œil* » professionnel, peut-être mis en regard avec l'expression “ *mettre des œillères* ” maintes fois répétée lorsqu'elle évoque sa peur à travailler au contact des personnes âgées. Autant elle refuse de voir la réalité de leurs désirs et souffrances, autant est-elle soucieuse de capter l'autre, pour mieux affirmer sa domination. Les efforts qu'Irène fait pour être une bonne professionnelle voire une « parfaite aide-soignante » peuvent être alors réinterprétés dans ce sens.

*« Une soignante c'est aussi quelqu'un qui a un don d'observation extraordinaire, quelqu'un qui arrive à palier (les besoins d') une personne avant qu'elle nous le demande ; quelqu'un qui arrive presque à penser ce qu'elle pourrait penser ; quelqu'un qui arrive à savoir ce dont elle a besoin, sans lui demander.»*

Son souci d'observation et d'anticipation peut être vu comme un désir d'être dans rapport d'aide. Un autre niveau de lecture nous semble pouvoir être avancé de l'ensemble du matériel recueilli et analyses déjà réalisées. Cette conception de l'observation n'est pas antinomique

---

<sup>355</sup> Cf. reprise de l'expression de E.C. Hugues le « dirty-work » qu'il introduit dans l'analyse du travail infirmier en milieu hospitalier.

avec le désir d'emprise d'Irène sur des personnes âgées, sur sa volonté d'agir « *sans demander* » pour imposer ses vues. L'expression, « *Penser ce qu'elle (la personne âgée) pourrait penser* », peut-être une manière de ramener l'autre à soi pour mieux le soumettre à son propre désir d'emprise. Comme le rappelle Roger Dorey, « *dans toute relation d'emprise, la visée dernière est et demeure l'appropriation du désir de l'autre* »<sup>356</sup>.

### **Une confrontation difficile à l'agonie et à la mort, les limites de la technique médicale.**

Nous avons vu dans la première partie, que les personnes âgées arrivent de plus en plus âgées dans des structures d'hébergement gérontologique. La maison de retraite où travaille Irène n'échappe pas à cette tendance. Les aides-soignantes sont plus fréquemment qu'hier confrontées à des situations de fin de vie, ce qu'Irène semble avoir du mal à supporter.

*« Là dernièrement, on a gardé une dame deux mois au lit, perfusée. On arrive à les garder, je ne sais pas comment ! Comme le dit la surveillante, on arrive à les ressusciter, on arrive à ressusciter les gens, c'est incroyable ! On arrive à les garder au moins grabataires. Ils rentrent mourants, on arrive à les remettre en état de vie. »*

Son enthousiasme face à la prolongation de la vie, paraît plus empreint de morbidité que de vitalité. Nous avons déjà évoqué la volonté de sa directrice Madame Campagne, de soulager la souffrance individuelle et d'organiser un accompagnement à la fin de vie sans acharnement thérapeutique des personnes âgées<sup>357</sup>. C'est un tout autre discours que nous rapporte Irène Delamare empreint d'un fantasme d'immortalité que nous n'avons pas identifié chez la surveillante mais qui semble bien présent chez elle. Elle est captivée par les possibilités actuelles de la médecine à retarder l'échéance de la mort. Elle laisse échapper sa fascination à conserver « *en état de vie* » des personnes dépossédées d'elles-mêmes. Elle est dans la toute puissance médicale en quête de soins réparateurs, à la recherche d'une technicité qui permette d'une certaine manière de nier la mort et de faire « *ressusciter* » les mourants<sup>358</sup>.

---

<sup>356</sup> Dans la problématique perverse il s'agit de « capter (l'autre) pour le réduire à n'être qu'une image. Chez l'obsessionnel, il s'agit de « *détruire l'autre comme sujet désirant qui doit impérieusement être gommé, annulé, néantisé* ». Cf Dorey, 1981, pp. 117-139.

<sup>357</sup> Cf. Première partie, chap. « La prise en compte de la souffrance individuelle et l'accompagnement à la mort »

<sup>358</sup> Nous voyons ainsi ressurgir de manière concrète et subjective le concept « d'amortalité » dont nous avons parlé en première partie et que Louis-Vincent Thomas (1994) décrit pour caractériser le rapport de nos sociétés modernes à la mort, dans cette volonté technicienne de vouloir « guérir la mort »

Ces « miracles » sont des victoires nécessairement éphémères et une deuxième phase du travail des soignants consistent à accompagner les personnes en fin de vie. Irène doit alors constater, au travers de son expérience professionnelle, les limites de la connaissance médicale en même temps qu'une force chez les personnes âgées à résister et repousser le moment de leur mort. Il y a là quelque chose d'inexpliqué et de mystérieux qui renvoie pour Irène au tragique de la vie. Cela la révolte, peut susciter chez elle le désir d'abrégé les souffrances du mourrant.

*« Moi maintenant je considère la mort comme un fait normal. Par contre il y a quelque chose que je ne comprends pas, c'est cette souffrance avant cette mort parce qu'il y a des gens qui souffrent dans la mort. Quand la personne se pourrit qu'elle a des escarres partout, là j'ai du mal à comprendre et ça me met en colère. J'ai peur parce qu'obligatoirement je pense à moi, à ma famille. C'est un mystère aussi, et le mystère ça fait toujours peur. On ne sait pas s'ils sont encore là ou s'ils sont déjà partis. Moi, je pense, pour moi, qu'ils ne sont déjà plus là mais enfin tu as quand même le corps et ce corps là, il pue, il est plein d'ékymoses, pleins de problèmes, il se pourrit avant l'heure... C'est drôle il y a des gens qui meurent bien, qui tombent c'est bon, ou qui mettent un jour ou deux pas plus et puis tu as des gens qui mettent un mois, j'en ai vu, alors ça c'est dur. C'est pas dur pour moi spécialement parce que j'ai toujours l'habitude de ce truc, j'ai vu énormément de mort, ça me touche moins. Mais c'est vrai que tu n'aurais qu'une seule envie, lui mettre un truc sur la tête, l'étouffer. Attends, quand tu vois qu'elle ne s'éteint pas ! Tu vois, je serai pour l'euthanasie dans ces cas là. C'est bien joli d'être contre, mais les gens ne voient pas ce qu'on voit nous. J'ai vu un bonhomme, il est resté un mois à hurler, il avait 40 de fièvre à tomber, il était marqué de tous les côtés, ils n'avait que la peau sur les os. Attends là, attends là. La mort c'est peut-être pas beau, mais la souffrance non plus. Mais enfin ça pourrait être un moment de tranquillité, ce n'est pas obligé que ce soit un moment de bataille, tu te bats contre qui, contre quoi, tu sais pas, c'est vraiment un mystère. (silence) »*

L'impuissance face à certains niveaux de souffrance et l'incompréhension face au tragique de la vie, ravivent la colère d'Irène. Ce sont des sentiments que peuvent ressentir tous soignants confrontés de si près et de manière répétée à ces situations. Irène, par sa capacité à construire des mécanismes puissants de défense pour dénier la souffrance et la mort, se trouve encore plus fortement que d'autres, fragilisée et exposée. Son faible niveau d'inhibition langagière,

qui lui font emprunter souvent un parler cru et direct, l'amène à parler d'un sujet, l'euthanasie, qu'aucun autre aide-soignant de notre investigation, ne nous a évoqué.

Nous finirons le dernier et troisième entretien d'Irène en lui faisant retour d'un certain nombre de nos observations pour lui pointer ses contradictions incessantes et l'amener à réfléchir sur elle-même. Nous verrons tout d'abord Irène embarrassée par nos propos avant de réaffirmer son besoin de protection et son incapacité à quitter la maison de retraite. L'événement traumatique relatif au départ du père directeur reste au centre de sa vie.

*« - Tu parais contente de faire ce métier en même temps tu me parles d'une forme de lassitude ou de routine. Je ne sais pas comment ça cohabite en toi ?*

*- ( silence)*

*- Tu ne t'attends plus à quelle chose de nouveau...*

*- Oui c'est vrai.*

*- Et en même temps tu as un plaisir à faire ton métier, accomplir un certain nombre de gestes ?*

*- Oui, oui. Bien accomplir ces gestes qui sont, quand même, pour moi, une protection puisque je n'ai plus rien à apprendre. C'est vrai qu'on a toujours à apprendre mais moi j'ai l'impression que j'ai plus rien à apprendre parce que j'ai fait le tour du sujet et d'un autre côté, il y a quand même des questions heureusement, sinon je serai ...(silence) je sais plus quoi dire.*

*- Je comprends que ce ne soit pas évident à dire. Tu vois ce qui m'intrigue le plus quand je relis les entretiens, c'est à la fois ce souci de faire bien, d'être à l'écoute de ce que peut te dire la surveillante et en même temps ce côté, heu...*

*- ... blasé de la chose*

*- Oui, la cohabitation des deux*

*- Mais peut-être qu'il y en a pas un qui est plus fort que l'autre pour le moment, c'est peut être relativement sur la même longueur d'onde. C'est peut-être pour ça que ça ne me fait pas réagir encore. Il y a que quand j'ai vraiment des gros problèmes que ça me fait réagir mais j'en ai pas beaucoup des gros problèmes ici. Heureusement d'ailleurs, sinon je serai partie. Tant que je reste comme protégée je suis bien, peut-être que s'il y avait moins de protection autour de moi, je réagirai agressivement. »*

Irène Delamare est capable d'une certaine finesse d'analyse sur son comportement comme sur le fonctionnement de la maison de retraite. C'est l'une des rares aides-soignantes rencontrées à avoir une réflexion globale sur l'organisation institutionnelle et ses conséquences pour les individus. Elle nous parlera des mécanismes d'enfermement et d'assujettissement selon l'état de santé et la validité des personnes âgées. Cette lucidité va avec une jouissance perverse à dire les choses « monstrueuses » et à montrer qu'on y participe.

## **Joséphine Roche, quand empathie et éthique de l'autre riment avec professionnalité.**

Ce récit est issu d'une rencontre avec Joséphine Roche âgée de 47 ans en 1999, date à laquelle se sont déroulés nos entretiens au foyer logement des Abeilles. Elle nous réservera un accueil favorable et se montrera très coopérative, faisant preuve d'un souci de rigueur et de justesse dans l'énoncé de son histoire et la chronologie des faits. Ancienne ouvrière du textile, elle est aujourd'hui aide-soignante diplômée de la fonction publique hospitalière et heureuse d'exercer ce métier.

### **De l'usine à la maison de retraite, la volonté de quitter l'univers du travail ouvrier.**

A 14 ans, Joséphine Roche est en possession de son certificat d'étude et, trois ans plus tard, elle obtient un CAP de couture. A l'issue de sa formation, elle trouve immédiatement un emploi dans une grosse entreprise de sous-vêtement où elle travaille à la chaîne. Elle y restera trois ans, jusqu'à son mariage en 1971. Elle quittera ensuite sa région pour vivre à une centaine de kilomètres de là, dans une petite ville où son mari, salarié d'une banque<sup>359</sup>, travaille.

*“ On est parti en voyage de noce pendant un mois. Après il y a fallu le temps pour qu'on s'installe, qu'on nous livre les meubles, et puis je me suis dit : il faut te bouger, car je ne connaissais personne, j'avais quitté ma famille ”.*

Elle fait tout d'abord un remplacement d'un mois comme femme de service puis trouve, grâce à une petite annonce dans un journal local, un emploi de couturière dans une usine de meuble. Elle y restera sept ans, sept ans de souffrance, qu'elle nous résumera ainsi : *“ c'était le bagne<sup>360</sup>, c'était affreux, c'était le rendement ”.*

---

<sup>359</sup> Joséphine Roche éludera la nature et le niveau du poste de son mari alors que nous la relancerons au cours du deuxième entretien sur ce sujet.

<sup>360</sup> Le hasard veut qu'une personne de notre entourage ait travaillé quelques mois dans cette même usine en tant que cadre au service des achats en 1980. Elle nous parlera des conditions de travail déplorables dans l'usine et de pratiques de chantages sexuels à la promotion de la part de la direction. Un incendie volontaire s'est déclaré plusieurs années après le passage de Joséphine et l'entreprise a définitivement fermé ses portes.

En 1974, elle a son premier enfant et elle se met à temps partiel. En 1978, elle quitte son logement HLM pour habiter une maison que le couple fait construire, à 10 kilomètres de là, dans un petit village où son mari est devenu maire – fonction qu’il occupe toujours au moment où se déroule nos entretiens. C’est à cette période qu’elle se fait la promesse de ne plus jamais retravailler en usine.

*“ Je ne voulais plus entendre parler de rendement, il n’y pas de relations humaines, mais de la mesquinerie et de l’hypocrisie, je n’étais pas faite pour ça, pas du tout (le travail à l’usine). Ce qui m’aurait plu, c’est de trouver une place dans la couture, dans des grands ateliers de couture, mais bon, dans cette ville (où travaille son mari) il n’y avait rien. J’ai trouvé du travail comme retoucheuse dans des boutiques de rien du tout où on vous paie à la pièce, où il faut faire vite et bien. Moi, j’adore coudre, mais bâcler ou saboter, je ne veux pas. Et puis, à l’époque mon mari ne travaillait pas le samedi, il travaillait le lundi, donc ça ne pouvait pas aller. En étant à l’usine, c’est vrai que j’avais le samedi et le dimanche, mais j’ai toujours dit que si j’avais continué à l’usine, j’allai à l’H.P.(l’hôpital psychiatrique) Je n’étais pas dans mon élément, mais j’aurais jamais pensé tomber là (dans un établissement de soin).”*

Son mari apprend, par hasard, au cours d’un déjeuner dans un restaurant administratif avec des agents de l’ANPE, qu’une nouvelle clinique qui vient de se monter recherche une lingère. Joséphine Roche dépose immédiatement son CV et sa candidature est retenue.

*“La clinique a ouvert le 2 juin mais avec un minimum de personnel parce qu’en ouvrant il n’y avait pas tous les lits de remplis. Il n’y avait pas la place pour deux lingères. Je suis donc rentrée chez moi et, huit jours après, on me téléphone en me disant qu’un agent d’entretien s’était fait mal, si je pouvais le remplacer pour quinze jours ? Je me suis dit, on t’a dit qu’on t’embauchait, il ne faut surtout pas refuser. J’ai accepté et me voilà partie pour 15 jours à prendre le balai, faire le ménage et tout ça. Après j’ai arrêté. Trois semaines après, on me re-téléphone en me disant : "est-ce que vous pouvez venir faire un remplacement d’un mois d’une aide soignante ? " Alors là j’ai dit, "vous savez, moi je suis que couturière, faire du ménage je veux bien, mais aide soignante, je n’ai aucune notion." La responsable m’a dit : "Non, non mais vous êtes avenante, vous êtes souriante, c’est l’infirmière qui vous formera, vous travaillerez avec elle, vous ferez les lits, les toilettes, elle vous formera." Et j’ai toujours travaillé au même étage avec cette infirmière. ”*

Joséphine sera salariée de 1979 à 1992 dans cette clinique. Elle dresse un bilan positif de cette expérience, même si elle reconnaît qu'on " l'exploitait ". En 1984, sur les conseils de la surveillante, elle s'engage dans la préparation du certificat d'aide-soignante. Elle se met à trois quarts temps en concentrant ses horaires sur les matinées - de 7 à 13 heures. Cela lui permet de concilier tout à la fois son temps de travail à la clinique, l'éducation de ses deux enfants - âgés alors de 3 et 10 ans – et sa formation professionnelle.

*“ Je suis partie passer mon diplôme d'aide soignante. C'est ma directrice, qui était super, qui m'a dit : “ vous savez Joséphine, si un jour votre mari est muté ou quoi, vous aurez beau dire que vous avez fait 10 ans d'aide soignante en clinique, maintenant ce sont les diplômes qu'il faut, partez le faire, vous avez les capacités “. Moi ça me faisait peur parce que je me disais : je suis âgée, je n'ai pas de bagage, les jeunes qui font cette formation, elles ont un plus haut niveau que moi, enfin, je m'étais un peu sous-estimée et puis finalement je l'ai fait. Je suis restée à la clinique jusqu'en 92 puis je suis rentrée dans cette maison de retraite. J'ai fait un choix, je me suis dit, tu as encore tant d'années de travail devant toi, soit tu finis ta vie dans le privé, soit tu rentres dans le public et je savais que dans le public au bout de 15 ans je pouvais m'arrêter, ce qui revenait pour moi à prendre la retraite à 55 ans. C'est vrai aussi qu'on était vraiment exploités à la clinique. On n'avait aucun avantage, aucune prime de dimanche, rien. Mais j'étais quand même bien estimée par tous les médecins. Quand il arrivait une nouvelle, c'était toujours Mr Charvet, le chirurgien, qui disait : “Joséphine, vous lui apprenez“, mais je n'avais jamais rien de plus pour faire ça<sup>361</sup>. Donc au bout de quelques années, j'ai fait le choix de partir. J'ai envoyé trois lettres, une à l'hôpital Est (à 10 km de chez elle), une autre à l'hôpital Saint Paul (à 15 km de chez elle) et la dernière à la maison de retraite des Abeilles (à 3km de chez elle). C'était le centre le plus proche (qui a répondu positivement) mais les personnes âgées ça ne me faisait peur. C'est la maison de retraite qui m'a répondu en premier, alors voilà comment ça s'est passé. ”*

La formation professionnelle va constituer un défi et une véritable épreuve qu'elle réussira brillamment.

*« Quand j'ai présenté le diplôme d'aide-soignante, j'ai dû bâcher ! A 13 heures je rentrai chez moi et à cinq heures j'allais chercher mes deux enfants à la sortie de l'école. Je me suis*

---

<sup>361</sup> Cf. Récit de vie de Simone Alazard qui s'est retrouvée dans la même situation de « tutrice ».

*occupée des devoirs, de la musique... jusqu'à ce que ma fille passe le bac et parte à Montpellier faire son BTS de Biochimie. J'ai toujours été là pour les mener et moi je me levais à trois heures du matin pour réviser. Je suis sortie première du département. C'est stupide parce qu'il fallait 40 points sur 80, j'en ai eu 78 ça ne m'a rien apporté de plus, mais jamais tellement peur de devoir recommencer une année. Je n'étais plus jeune et je l'avais vraiment pris à cœur. Avec les petits à la maison, ça a été une année assez dure et même si, avec le recul, je trouve que c'est super, je ne me suis pas sentie de m'engager pour le concours d'infirmière. (...) Après le concours, j'étais redevable d'un certain nombre d'années. J'ai passé mon diplôme en 86, je suis partie en 92. C'est une reconnaissance, c'est normal. »*

Si Joséphine a réussi son diplôme d'aide-soignante, sa progression professionnelle dans le milieu des soins s'arrêtera là. Le titre d'infirmière ne lui paraît pas accessible, l'investissement demandé pour y arriver, trop coûteux.

*« J'aurai voulu passer le diplôme d'infirmière. Ce qui m'a fait peur c'est que moi j'ai passé mon diplôme d'aide soignante à 32 ans. J'avais un niveau certificat d'étude et un CAP, je n'avais pas un gros niveau. Comme je venais juste de passer mon diplôme d'aide soignante, le travail que je faisais avant, ne comptait pas<sup>362</sup>. Donc il aurait fallu que je fasse l'année de remise à niveau du Bac<sup>363</sup>, puis que je présente l'entrée à l'école d'infirmière, ce qui fait deux ans, puis faire l'école d'infirmière ça fait cinq ans, ce qui me reportait à 37 ans. Il y avait mon mari qui conservait ses activités de maire à côté de son emploi, comment je faisais pour tenir ? (...) Je pense que la clinique aurait pris en charge la formation comme pour celle d'aide soignante, mais j'avais peur de m'engager là dedans et de ne pas être à la hauteur. Ce n'est pas le côté pratique, c'était le côté théorique. J'avais peur de ne pas être à la hauteur, sincèrement. Peut-être que j'ai eu tort. J'avais les gosses quand même, et aller tous les jours à N. (ville située à 20 km de là) suivre ma formation ! »*

Joséphine entre en 1992, à 40 ans, dans la structure gérontologique publique des Abeilles qui est composée alors : d'une maison de retraite, d'un foyer logement et d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les deux premières années, elle travaille à la maison de

---

<sup>362</sup> Joséphine veut dire par là qu'elle ne pouvait faire valoir une ancienneté dans le métier d'aide-soignante suffisante pour obtenir une équivalence et passer le concours des IFSI. Il lui fallait donc obtenir un baccalauréat ou un titre de niveau IV pour être en mesure de s'inscrire au concours d'infirmier.

<sup>363</sup> Cf. Récit de vie de Simone Alazard qui s'est retrouvée dans cette situation.

retraite en qualité d'aide-soignante. En 1994, une place d'aide-soignante se libère au SSIAD. Bien que récemment salariée de ce centre, elle est choisie par la direction pour aller y travailler, ce qui lui permet de gérer son temps et d'organiser son travail en bénéficiant d'une large autonomie. Elle organise sa tournée comme le ferait une libérale, agissant sous l'autorité de la responsable du SSIAD, une infirmière. Sur la base d'un planning hebdomadaire, elle va de domicile en domicile faire des toilettes, aider des personnes âgées pour leur repas... Elle interrompra à regret cette expérience, en 1996, à la suite d'un changement de politique de la direction qui se dessaisit de ce service. Elle retournera alors travailler en maison de retraite où elle sera nommée responsable d'étage<sup>364</sup>. Les deux années suivantes, s'avéreront très éprouvantes pour elle. Elles se concluront par un arrêt maladie et une demande de changement de poste, qui aboutira en septembre 1998, par son affectation au foyer logement où elle semble avoir retrouvé un bon équilibre de travail.

### **Un engagement humain et une exigence professionnelle qui dérangent les pairs**

Lorsqu'elle est responsable d'étage au service des personnes âgées les plus dépendantes, Joséphine Roche remet en cause un certain nombre d'habitudes et introduit de nouvelles manières de faire, ce qui n'est pas du goût de toutes ses collègues. Munie de ce titre de "responsable d'étage" qui ne lui confère en fait aucune autorité hiérarchique mais la place en position de coordination du travail et d'organisation du service, Joséphine Roche va devoir trouver en interne, des alliées. Ce faisant, elle va exacerber un conflit interne entre les anciennes aides-soignantes et les nouvelles. Un clivage qui va recouper partiellement celui des aides-soignantes du village – parmi lesquelles Irène Delamare semble jouer un rôle de "leader" - et les autres.

*"Au départ on a été deux ou trois à les enquiéner (cf: les anciennes soignantes de la maison de retraite). On arrivait de l'extérieur, on avait de bonnes idées mais on changeait les habitudes. A l'époque, ils ne faisaient pas, par exemple, la rééducation à l'incontinence. Les personnes qui avaient une couche le matin, on leur changeait une fois à midi et jusqu'au soir elles les gardaient. Mais on peut avoir une couche et faire de la rééducation à l'incontinence. C'est à dire que le matin à dix heures, on les mène faire pipi, les gros besoins, et pareil l'après-midi, à trois heures. Ça sent moins dans la couche, ça en économise une, et pour eux*

---

<sup>364</sup> C'est un titre purement fonctionnel qui n'est pas reconnu statutairement.

*c'est quand même plus agréable d'aller sur le pot (lapsus pour dire WC) que de faire là. Donc, quand on a instauré ça<sup>365</sup>, on a cassé les habitudes. C'est pareil pour le ménage. A l'époque, on balayait avec les balais et la pelle. C'est terminé maintenant, ça se fait avec les petites chiffonnettes. On ramasse à balayage humide pour éviter que les microbes volent. Ça a été contesté au départ, maintenant elles n'en changeraient pas ! Elles n'acceptaient pas les idées nouvelles. C'est vrai ça avait créé un certain climat. Et comme la surveillante et les infirmières trouvaient que c'était bien, il a fallu que ça se fasse. Donc insensiblement, il est arrivé des petites nouveautés et on a instauré une charge de travail plus importante, mais toujours avec l'idée du bien être de la personne âgée, pas de soi. Donc on a perturbé certaines habitudes »*

L'expression de son intransigeance professionnelle passe par l'idée d'un certain renoncement à soi, à son confort personnel. Joséphine est en colère vis-à-vis des aides-soignantes, elle amplifie peut-être cet aspect face aux comportements qu'elle juge égoïste de ses collègues.

*« Nous on n'a pas besoin d'aller faire des pauses à outrance, d'aller fumer la cigarette. On est là pour eux. »*

Les aides-soignantes opposées au changement apporté par Joséphine Roche ne peuvent exprimer ouvertement leurs oppositions puisque ses nouvelles manières de faire sont avalisées par la hiérarchie. C'est en faisant valoir une force d'inertie, qu'elles vont exprimer, dans un premier temps, leurs désaccords.

*“ Pour les repas, on avait des mixés, c'est le service de cuisine qui s'en occupait. Mais ce n'était pas pâteux comme il fallait, alors on utilisait le robot que l'on a au premier étage pour re-mixer. On avait des boîtes de protéines pour ceux qui avaient des escarres ou qui ne mangeaient pas beaucoup. On prend un peu de soupe, un peu de viande, un peu de légumes, et on re-mixe le tout avec les protéines. Quand j'étais là, tout ça se faisait et quand je n'étais pas là, ça ne se faisait pas. Donc c'était pas la peine d'essayer de remonter quelqu'un, de lui apporter un flan à trois heures s'il n'y avait pas de suivi après.... ”*

---

<sup>365</sup> Cette pratique était toujours en usage au moment de notre observation.

La rigueur et l'implication professionnelle de Joséphine Roche, son souci permanent de veiller au confort et à la santé de chaque pensionnaire, l'oppose à plusieurs autres de ses collègues. Elle se veut être au service de toutes les personnes âgées, pendant le temps que dure son travail, sans relâche, comme elle le faisait, semble-t-il, quand elle travaillait en clinique. Toutes les actions ou gestes professionnels qui ne vont pas dans le sens d'une meilleure qualité de service pour un mieux être de la personne âgée, les formes de ruses ou mécanismes de défense que peuvent déployer les aides-soignantes, la révoltent au plus au point. Les exemples qui témoignent de cette exigence montrent une divergence de vue dans la manière de penser et faire le travail. Ils portent aussi bien sur des questions d'organisation interne que sur la manière d'être avec les personnes âgées.

*“ Quand on travaille en équipe, on part du principe que quand on finit son service, on laisse le chariot à linge propre et on vide la poubelle à couches pour que le lendemain matin, quand la collègue arrive, elle n'ait plus qu'à attaquer, qu'on ne perde pas de temps.(...) Bien souvent le matin j'arrivais, le sac de couches débordait, le chariot à linge n'était pas vidé, le linge était jeté à l'envers, en boule. Si toi tu laisses propre, tu veux retrouver propre. Ce n'était jamais fait, il fallait tous les jours s'énerver... Tous les matins en arrivant, je perdais mon énergie à piquer mes crises, intérieurement, pas forcément extérieurement, mais c'était de l'énergie que je n'avais plus après pour les personnes âgées. Je ruminais toute seule, ce n'était pas possible de travailler comme ça. ”*

Pour évoquer la dureté, l'intensité de ce travail et se donner du courage, Joséphine, comme beaucoup de ses collègues, utilise une métaphore guerrière pour expliquer qu'il faut chaque matin “ *attaquer* ”. Dans ce contexte, le manque de collaboration entre les collègues réduit à néant ses efforts et la font beaucoup souffrir.

*“ Elles finissaient à trois heures<sup>366</sup> et attendaient cette heure. Elles ne cherchaient pas à parler avec un résident, elles ne prenaient pas le temps d'aller s'asseoir, discuter avec eux. Les jours où nous étions plus nombreuses, elles n'en profitaient pas pour ranger le placard, ranger le linge qu'on avait pas eu le temps de faire etc. J'aurai pu m'en foutre et faire comme elles après tout, mais non, je travaille pour le bien de la personne âgée. On n'est pas à l'usine c'est quand même des êtres humains. ”*

---

<sup>366</sup> Cette remarque renvoie à la situation des aides-soignantes qui sont en horaires coupés. Elles travaillent du matin 7 heures 30 jusqu'à 15 heures puis reviennent le soir pour le repas et le coucher des pensionnaires.

Chaque fois que la métaphore du travail en usine est utilisée, c'est pour s'en démarquer. Elle représente le symbole de l'inhumanité. Joséphine ne semble pas avoir connu de vraie complicité avec ses collègues que ce soit à l'usine comme en maison de retraite. Il semble que son rapport au travail, sans concession, n'y soit pas étranger. Les conséquences du comportement de ses collègues aides-soignantes qu'elle juge insouciantes, sont ici plus lourdes de conséquences car elles touchent à des êtres humains souvent fragilisés par l'âge, la maladie ou le handicap<sup>367</sup>.

*“ Elles (les aides-soignantes) disent entre elles : “ oh, laisses là celle là (sous-entendu : cette personne âgée) ”, ce sont des tas de choses comme ça. C'est aussi, ne pas frapper avant d'entrer dans une chambre... mais c'est une question de respect ! Quand tu mets quelqu'un tout nu que tu fais la toilette, quand tu le sors, tu le recouvres, tu ne le laisses pas comme ça des heures... Je le disais gentiment, avec diplomatie, c'était toujours "oui, oui" et puis ça recommençait.”*

On voit se dessiner l'inertie et la pression indirecte des aides-soignantes contre celle qui essaie de bouleverser les rapports et pratiques du groupe, ce qui la fait sortir du rang. Refusant de se rallier à elles, même de manière tactique pour obtenir la paix, Joséphine Roche tente d'imposer ses vues et se retrouve isolée, condamnée au silence, dans une impasse professionnelle.

*“ Pour être copine avec quelqu'un et s'entendre avec tout le monde, il faut travailler comme elles. Si, par exemple, on doit faire un bain de pied, pour ne pas se fâcher avec les collègues, on ne le fait pas, ainsi on s'entend bien avec les autres. Moi, j'ai ma personnalité, j'aime rire, j'aime plaisanter, mais ce sont des personnes âgées, ce ne sont pas des pions, on n'est pas à l'usine, il y a un temps pour tout. Donc moi, je n'étais pas bien. ”*

---

<sup>367</sup> Cf. Goffman, 1994, p 123 & p 127. « En dépit des ressemblances qui existent entre le travail sur l'homme et le travail sur l'objet inanimé, les caractères essentiels qui déterminent l'univers professionnel du personnel découlent des aspects spécifiques de l'homme considéré comme matériau humain sur lequel on agit. Selon les principes moraux répandus dans la société qui entoure l'institution totalitaire, la personne est presque toujours considérée comme une fin en soi » & « Le travail sur la personne humaine se différencie donc des autres types d'activité, et cela, en raison de la diversité complexe des relations et des positions sociales que chaque reclus importe avec lui dans l'institution ainsi que la nécessité de respecter, par égard pour lui, certaines règles d'humanité. »

Les formes de sociabilité qui unissent une bonne partie des soignantes entre elles, sont étrangères à Joséphine Roche. Elle se trouve confrontée à des femmes, pour la plupart issues du même village qui se connaissent depuis l'école primaire. Les relations qu'elles ont au travail, font écho à des liens interpersonnels antérieurs qui se prolongent hors du travail dans des cadres festifs ou familiaux. Joséphine n'est pas originaire de la région, elle n'est pas issue du monde agricole mais ouvrier, son père était mineur. Elle se positionne en tant que responsable, faisant preuve d'une grande exigence dans son travail et vis à vis de celui des autres. Elle s'implique beaucoup plus que ses collègues à la vie de la maison de retraite, notamment lors des manifestations ou sorties. Pour les fêtes à la maison de retraite, elle discute avec la surveillante sur leurs besoins et participe activement à leurs préparations. Joséphine n'hésite pas à renouer avec son métier de couturière, bénévolement.

*“ Je fais des travaux de couture pour qu'on puisse les vendre à la prochaine manifestation de la maison de retraite. C'est pour faire rentrer de l'argent en caisse et pouvoir faire des sorties. C'est dommage qu'on ne soit pas plus nombreuses à coopérer, mais bon ! J'aime bien le faire, j'aime bien donner.”*

Elle vit cette forme d'investissement comme un prolongement naturel de son implication professionnelle et cela semble lui faire plaisir. Dans sa conception du travail, Joséphine Roche fait preuve à la fois d'une implication plus forte que la majorité des autres aides-soignantes, en participant sur son temps personnel à la vie de la maison de retraite, tout en séparant plus nettement sa vie professionnelle de sa vie privée. Ce positionnement s'explique en partie par l'expérience qu'elle a de l'animation de la chose publique. Sa place de femme du maire, qu'elle investit fortement, l'amène à tenir un rôle social, même s'il est délégué. Elle participe à l'organisation de manifestations villageoises, s'implique dans la vie associative, ce qui l'amène à prendre des responsabilités et à développer des compétences en terme d'organisation et de gestion d'événements. Une expérience qui la distingue de ses pairs et la rend plus sensible aux préoccupations gestionnaires et d'animation de la direction. Elle s'entend d'ailleurs très bien avec la surveillante comme avec le directeur.

### **Joséphine Roche, au bord de la dépression.**

Pour rester fidèle à ses valeurs, Joséphine se retrouve à devoir assumer ce qu'elle estime être les inconséquences des collègues, en faisant des tâches à leur place. Tout cela en silence, pour

ne pas être identifiée à une dénonciatrice, ce qui ne fait qu'aggraver son mal-être et sa souffrance, qui vont d'abord déborder de la sphère professionnelle vers la vie familiale, jusqu'au moment où elle s'effondre devant plusieurs de ses collègues.

*“ Je ne disais rien parce que je ne voulais pas faire gronder les filles. Je prenais sur moi ce qui fait que je ne supportais plus rien. Chez moi, tout le monde prenait, même s'ils n'y étaient pour rien. Et j'ai pris, j'ai pris, jusqu'au jour où, dans le cadre d'une formation professionnelle, on était 6-7 de la maison, j'ai craqué et j'ai ressorti plein de trucs. Je me suis arrêtée deux mois, j'ai fait le point, le vide en moi. J'en avais besoin parce que tout le monde m'a dit, fait comme tu veux mais si tu n'arrêtes pas, tu vas droit à la catastrophe. (...) La surveillante me disait, surtout ne changez pas. Elle m'a proposé le poste au foyer logement, c'est une lourde charge, il y a beaucoup de changes à faire, mais finalement, travailler seule ce n'est pas plus mal, tu fais ton suivi, tu t'investis. Ça fera un an que j'y suis. »*

Ses valeurs morales et son éthique de travail guident le travail de Joséphine. Il n'y a pas de compromis possible et elle ne comprend pas les agissements de ses collègues.

*« Les personnes qui ont provoqué cette situation, comme elles n'ont rien dans la tête, elles ne se sont pas remises en question, à la limite elles ne se sont pas senties concernées. Après avoir parlé, l'infirmière et la surveillante ont été plus vigilantes, elles ont surveillé, elles se sont mises à faire le gendarme, donc ça a cassé une certaine ambiance. On leur faisait confiance, on ne leur demandait pas des comptes et du jour au lendemain, on est passé derrière...Elles n'ont pas été capables de se conduire en adulte, donc après les kèpis ont été mis. Après moi, le bouc émissaire ça a été quelqu'un d'autre, une infirmière qui a arrêté son travail. Mais dans mon histoire, le plus qui m'ait choquée c'est que la personne qui m'a posé le plus problème, quand ma petite fille est née, elle m'a fait un cadeau ! ”*

Joséphine nous relate une période de l'histoire de la maison de retraite qui a valu un blâme à Irène Delamare pour manque de professionnalisme et agression verbale envers une infirmière dans la chambre d'un pensionnaire. Fondamentalement, Joséphine n'arrive pas à comprendre le jeu relationnel de ses collègues. Les formes de sociabilité qui les lient les unes aux autres, sont un obstacle pour composer avec elles, a fortiori pour jouer un rôle de coordination et de médiation avec la direction.

## **Un souci de l'autre sans cesse renouvelé.**

Joséphine a une attitude professionnelle centrée sur l'écoute et la compréhension. C'est une nécessité qu'elle ressent comment primordiale, notamment en maison de retraite où les personnes ne font pas que passer, mais résident. Elle tente d'impulser une dynamique pour que les maux ou angoisses de chacun ne prennent pas le pas sur la vie quotidienne, que les relations soit plutôt détendues et l'atmosphère pas trop pesante.

*“ Le soignant doit toujours avoir le sourire, que la personne soit une personne âgée, un malade, ou un blessé. Il faut toujours être à l'écoute, si on n'a pas ça, on ne fait pas ce métier. Selon les services, la durée du séjour sera plus ou moins longue, c'est la seule différence. En maison de retraite, on a intérêt qu'il se crée une bonne entente parce qu'on les a longtemps. Avec certaines personnes, ça ne passera jamais (le courant) parce qu'elles ont un caractère exécrationnel, il faut faire avec. Il faut arriver à trouver l'astuce pour les faire sourire, c'est pas toujours évident (rire). ”*

Le fait que les personnes âgées résident dans la durée en maison de retraite, amène à retravailler la posture relationnelle entre le soignant et la personne âgée. Une grande proximité, mal engagée ou mal vécue, peut-être particulièrement délicate car on ne peut compter sur le départ de la personne pour se sortir de situations piégeantes ou difficiles. A l'inverse, l'anonymat n'est pas tenable. Joséphine, par sa connaissance fine des pensionnaires, semble relativement bien identifier sur quels registres elle doit se situer avec chacun et jusqu'où elle peut aller dans l'échange, la complicité<sup>368</sup>. Elle décrit les moments où il faut se mettre en position d'écoute et de forte proximité et ceux où il vaut mieux laisser les paroles filer, utiliser l'humour pour dédramatiser, garder une certaine distance...

*“ C'est agréable le contact avec les personnes âgées, elles ont toutes leur caractère, c'est vrai. Celui qui par exemple, a été agressif ou hargneux toute sa vie, ça ne s'arrange pas avec le temps. Mais bon, ils viennent vous raconter leurs petites histoires, leurs familles, leurs sorties... On fait partie de leur vie, on est un peu des confidentes. C'est vrai du foyer logement, c'est moins vrai de la maison de retraite parce qu'ils sont plus dégradés et ils communiquent moins. (...) Quand je suis avec une personne âgée, je glisse toujours sur le*

---

<sup>368</sup> Ces affirmations sont autant tirées des entretiens que de l'observation participante que nous avons faites avec elle.

*néгатif, il n'y a pas qu'eux qui peuvent être sourds. Il y a certaines choses que je ne reprends pas, que je ne relève pas, je n'ai pas entendu. Bon, si ça revient je vais en discuter, mais des fois le fait d'enchaîner sur quelque chose de plus gai ou autre chose, ça va faire passer le reste. On n'a pas eu à en parler, ce n'est pas plus mal. "*

Travailler en maison de retraite, amène toujours à un moment où un autre à se projeter dans la vieillesse ou la mort, soi-même ou un membre de sa famille. Cette identification amène Joséphine Roche à développer une certaine empathie, à redoubler de vigilance, de rigueur et d'attention dans son travail.

*" J'ai toujours fonctionné en me disant, j'ai mon papa, j'ai mes beaux-parents qui sont âgés et s'il fallait les placer là, je voudrais qu'ils soient bien. Je ne voudrais pas faire aux personnes âgées ce que je ne voudrais pas qu'on fasse aux miens. Donc je me comporte en définitive comme si c'était mes parents. Je fais tout ce qui me fait plaisir de faire pour les miens. Il faut se reporter en disant si les miens étaient là, est-ce que cette situation te plairait ? "*

A côté de son expérience professionnelle d'aide-soignante, de ses valeurs au travail, il y a son vécu singulier. C'est à partir d'une expérience de malade en milieu hospitalisé qu'elle a pu expérimenter la situation de souffrance et de dépendance à l'autre, en l'occurrence au personnel soignant et médical. Un vécu<sup>369</sup> qui la renforce dans son attitude d'écoute bienveillante et de compréhension de l'autre, dans la recherche concrète d'amélioration des soins donnés.

*« On doit toujours avoir le sourire. Quand je suis passée de l'autre côté de la barrière je m'en suis rendue compte. Des fois quand on nous demande " quand est-ce qu'on le ramène du bloc ? " Mon dieu, on trouve les familles chiantes ! Mais quand on a été de l'autre côté de la barrière et même qu'on soit du métier, je peux vous dire que le temps est long. Les questions que les gens se posent, nous aussi on se les pose et on a envie de les poser même si on évite, c'est là qu'on réalise l'importance. Quand vous êtes de l'autre côté de la barrière, c'est là que vous vous rendez compte. Quelqu'un qui vous dit, " il faut faire dans le bassin, parce que*

---

<sup>369</sup> C'est un vécu que relate Albert Memmi au début de son ouvrage sur la dépendance (1993, p 17). *« J'ai découvert l'extraordinaire importance de la dépendance il y a quelques années dans un hôpital. A l'occasion d'une maladie grave, je n'eus pas le droit de quitter mon lit, ni même de bouger, ne fût-ce que pour changer de côté. C'est dans cet état d'impotence extrême que je vis à quel point on peut avoir besoin d'autrui. Pas seulement du médecin chef et de ses internes, des infirmières de jours ou de nuit, mais aussi des aides-soignantes, de la masseuse, de la moins spécialisée des filles de salle. »*

*vous ne pouvez pas vous lever, il faut faire dans le bassin ", on le dit nous-mêmes aux patients, mais c'est affreux, on ne peut pas faire. (rire) C'est ça ! Tant qu'on ne l'a pas vécu. "Il faut faire dans le bassin", essayez, ce n'est pas possible ! Vous avez une envie folle d'uriner et vous ne pouvez pas, le bassin vous blesse le dos. On vous met une sonde et après on s'aperçoit que vous avez un globe, mais c'est affreux d'avoir un globe urinaire. Affreux, vous vous jetteriez par la fenêtre. Vous sonnez et personne ne vient, d'où l'importance... Je veux dire ce sont des tas de petits trucs auquel il faut penser au quotidien. Dix minutes quand il y a une personne derrière qui souffre, c'est long ! Et ça, moi, je pense qu'on peut en prendre conscience même si on a pas été de l'autre côté de la barrière. Savoir ce qu'on doit faire ou pas faire, mais c'est vraiment... le jour où vous le vivez ! ”*

L'éthique de l'autre se traduit de manière très concrète dans les modes opératoires, les gestes, les manières de dire et dans le respect de la temporalité de l'autre. Elle se décline notamment dans la manière de toujours considérer l'autre comme un alter-ego. A la fois parce qu'un jour, on peut se retrouver à sa place, mais surtout parce que quelle que soit la santé de la personne âgée, il y a à respecter la part d'humanité en elle. Même quand celle-ci ne paraît plus guère consciente, qu'elle ne semble plus être à-même de comprendre ce qui est dit ou fait, Joséphine s'efforce d'agir comme si elle avait toute sa raison, avec dignité et respect, en perpétuant un lien avec elle. Dans certains cas la relation s'exprime plus par le toucher, et la musique des mots remplace la compréhension verbale.

*“ Même la personne qui est fortement atteinte de sénilité, il faut quand même parler avec elle avec le sourire, lui dire, je vous lave, je fais ci, je fais ça, je ne vous fais pas mal ? Vous voulez boire ? Comme si on avait à faire à quelqu'un qui comprend. La personne qu'on lave en discutant avec la collègue, “ bon elle a fait encore caca... ”, ça non ! D'ailleurs cette personne, même si elle ne peut pas me répondre, il y a un contact. Et si je ne lui parle pas gentiment, automatiquement les gestes vont avec la parole. Il faut toujours garder la même attitude, parce que ça n'a pas été prouvé qu'elle perde la tête. La douceur, une parole affectueuse, elle en a toujours besoin. Même si elle ne la comprend pas, les sons elle les entend, c'est la voix qui compte. Et puis, quand vous prenez quelqu'un, que vous le mettez au fauteuil, vous l'allongez et hop vous la prenez comme ça, (son récit est accompagné de gestes simulant la brusquerie) vous croyiez qu'elle ne vous entend pas ? C'est sûr qu'on ne pourra pas rester des heures entières à papoter ou à discuter, puisqu'il n'y aura pas de retour, mais le peu de temps qu'on pourra passer dans les gestes quotidiens, autant les passer comme il*

*faut, ne pas les bâcler, pas te dire, « elle ne comprend rien, elle n'entend rien, elle est gaga », ça je ne supporte pas ! Je dis toujours qu'on n'est pas devant un champ de fraises ou devant un champ de tomates<sup>370</sup>. On est avec des êtres humains, et ces êtres humains, plus tard, ce sera nous. »*

### **La « psychologisation » des personnes âgées en établissement.**

Son éthique personnelle guide son travail, mais pour autant, Joséphine Roche ne comprend pas ce qui conduit les personnes âgées à se comporter comme des “*enfants égoïstes*”. Elle n'identifie pas la puissance de l'institution à transformer les personnes âgées en objet de soin dépendants, régressifs ou déments, alors qu'elle connaît bien le sort qui leur est réservé. Elle ne relie pas les deux, ce qui lui permet de reprendre à son compte un discours psychologisant sur la méchanceté et l'infantilisme des personnes âgées entre elles.

A propos des personnes du foyer logement, elle nous dit : “ *Ils sont odieux, mais alors odieux vis-à-vis de ceux de la maison de retraite. (...) Pire que des petits en maternelle qui ne se font pas de cadeaux entre eux. A ces âges là, c'est pire. Des enfants, on accepte certaines méchancetés, certaines réflexions. Mais à ces âges là, à ces niveaux là, c'est pire. (...) Ils voient les défauts des autres mais ils n'arrivent pas à voir les leurs. Ils ne veulent pas telle personne parce qu'elle est sourde, ils trouvent qu'elle parle fort, ou autre, mais ils ne se voient pas. Psychologiquement c'est plus dur là (au foyer logement) que là-bas (à la maison de retraite située à quelques mètres plus loin) parce qu'il faut sans arrêt expliquer, dialoguer<sup>371</sup>, puis, bon, quand c'est pour des trucs valables, ça va, mais quand ce sont des enfantillages comme ce matin avec l'histoire des gâteaux et tout, ça finit par être de la bêtise... »*

Pour l'amener à faire le lien entre les réactions des personnes âgées et leurs conditions d'enfermement en institution, nous lui proposerons de nous parler des comportements des

---

370 Une posture professionnelle diamétralement opposée de celle d'Irène Delamare qui utilise le même type de métaphore : “ *Les gens qui sont grabataires on le sait, c'est ancré dans la tête et dans les gestes, au quotidien pour la toilette ça se répète, tu fais pratiquement les mêmes gestes, tu dis pratiquement les mêmes choses ça se fait facilement. Donc tu arrives et tu le fais comme si tu allais emballer des (rire) patates. C'est quand même des êtres humains mais malgré tout, tu fais ça, tu as l'habitude.* ” déjà cité in récit de vie d'Irène Delamare, chap. « *La relation d'emprise avec les pensionnaires* ».

<sup>371</sup> Goffman (1994, p 124) nous dit : « *Il existe des infirmiers d'hôpitaux psychiatriques qui préfèrent travailler dans les salles de gâteaux parce qu'on y perd moins de temps à faire face aux requêtes des malades que dans les salles dites meilleures dont les occupants qui ont un bon contact sont plus exigeants* »

personnes âgées selon leurs lieux de « prise en charge ». Elle évoquera la clinique, le foyer logement, la maison de retraite et le domicile privé, différents espaces qu'elle a connu au cours de sa vie professionnelle.

*“ Par rapport aux personnes qui sont en clinique, quand elles sont en maison de retraite, en principe, elles n'en sortent plus donc on est leur rayon de soleil, on est tout pour eux. (...) En maison de retraite quand on dit : "Il faut prendre une douche", on prend la douche. On arrive à les diriger et ils obéissent parce qu'ils sont chez nous à la limite. Ils sont dans une chambre, donc ce n'est pas un appartement. Au foyer logement, s'ils ne sont pas décidés à prendre une douche, s'ils ont pas envie de m'ouvrir, à la limite, je ne peux rien faire. Voilà. C'est un peu comme à domicile. Lorsqu'on intervient à domicile il faut savoir se faire accepter. La différence c'est qu'ici on a des locaux qui sont adaptés et qu'à domicile, il faut se faire accepter et s'adapter aux locaux. En accueil de jour<sup>372</sup>, j'ai plus d'emprise sur eux parce qu'ils font partie de la maison de retraite. Donc normalement on doit les gérer et ils devraient rien avoir à dire. ”*

Joséphine identifie les différences de degrés d'enfermement et les marges d'initiative selon les lieux où vivent les personnes âgées qui ont besoin de soins. Il nous aurait fallu engager un échange plus long pour discuter avec elle de l'imbrication entre conditions de vie et comportement des personnes âgées. Si elle n'identifie pas les mécanismes d'aliénation institutionnels, elle reconnaît par contre les effets sur les personnes âgées et décrit des situations de désespoirs auquel cela peut aboutir. Elle est sensible et compatit à la situation de chacun, comme elle nous le dit à propos des cris des pensionnaires déjà évoqués<sup>373</sup>.

*« Les cris, moi je sais que ça m'a marquée. Certaines personnes qui crient toute la journée, qui appellent leur mère, la même personne, on ne peut pas être, comment dire, on ne peut pas ne rien ressentir. Il y a certains cris par contre, on n'y prête plus attention, on s'y habitue. Mais selon la nature du cri, selon si c'est toujours les mêmes noms qui reviennent et la façon dont s'est prononcé, ça fait mal au cœur. Enfin, moi je le ressens comme ça... »*

---

<sup>372</sup> L'accueil de jour est un nouveau service payant supplémentaire qui est offert aux personnes du foyer logement qui sont en perte d'autonomie. C'est un forfait qui comprend une aide à la toilette, le ménage de la salle de bain, le lavage des draps, la prise des repas en salle commune.

<sup>373</sup> Cf. Deuxième partie, chap. « Les manifestations de souffrance des personnes âgées et la violence dans le travail ».

Le désarroi des personnes âgées la marque profondément. Peu d'aides-soignantes s'autoriseront à nous livrer cette souffrance. Nous nous demanderons dans quelle mesure cela n'a pas contribué, de manière indirecte au moins, à sa propre mobilité de la maison de retraite vers le foyer logement. Même si les personnes âgées sont plus exprimées et plus exigeantes en foyer logement, leur situation n'est-elle pas moralement plus facile à accepter que leur condition de reclus en maison de retraite ?

### **Un don de soi qui s'enracine dans l'enfance.**

Joséphine Roche fait remonter son mouvement d'aide aux autres à son enfance. Dans sa famille ouvrière, face à une éducation placée sous une certaine rudesse, avec un père autoritaire, elle défend ses frères et sœurs qu'elle ne supporte pas voir se faire punir. Elle préférerait être à leur place pour ne pas être témoin impuissante de ces scènes violentes.

*“ On était six enfants, maman n'a jamais travaillé et papa était mineur. A la maison ça marchait à la baguette, on n'avait pas le droit de parler à table. Quand quelqu'un se faisait gronder, je ne le supportais pas. J'aurai préféré, à la limite, me faire taper à la place de mon frère ou de ma sœur (...) J'ai jamais aimé voir des gens malheureux, je suis trop sensible. J'aime bien donner. Je suis bien quand je donne, c'est naturel, ça ne s'apprend pas. ”*

Joséphine est dans le modèle de l'infinie responsabilité face à la vulnérabilité d'autrui<sup>374</sup> qui va jusqu'au désir de se substituer à lui et souffrir à sa place. Ce désir de venir en aide aux autres, est à la base de son engagement professionnel. Elle ne peut envisager qu'on puisse exercer ce métier, autrement qu'animée par un semblable mouvement d'amour et de générosité.

*“ Je pense que quand on fait ce métier, c'est que quand même qu'on a quelque chose en soi, aimer soigner, aimer donner. On ne peut pas faire cette profession pour juste venir encaisser son salaire, je ne crois pas. On peut aller ramasser des fraises quand on n'a pas envie, mais là, je vois mal qu'on puisse le faire, si on m'aime pas ce que l'on fait. ”*

---

<sup>374</sup> Cf. Lévinas, 1990.

Joséphine Roche a du dominer et domestiquer son mouvement d'aide et de protection à l'autre dans la pratique de son métier pour ne pas se laisser engloutir par des demandes de relations éperdues des personnes âgées. Elle a du apprendre à réfréner son désir, sans pour autant abandonner son projet.

*“ Au début je donnais beaucoup, je m’investissais beaucoup avec certaines personnes, mais c’était jamais assez et puis il arrive un moment où elles vous bouffent. A un moment donné, on se retrouve dans la situation où l’on se dit “ mon Dieu mais elle me dit ça !” Tu prends une gifle et c’est là que tu te rends compte. Je m’étais attachée à une jeune dame hémiplegique, je l’avais prise en pitié et je faisais tout pour lui faire plaisir. Et un beau jour, je n’ai pas pu lui rendre le service qu’elle m’avait demandé, c’était pour une histoire de vêtement, et elle m’a pourrie. Alors je me suis rendu compte finalement qu’il valait mieux garder ses distances, donner juste ce qu’il faut, parce que sinon c’est catastrophique. Le jour où vous dites non, vous n’êtes plus rien et ça fait mal... Pour eux tout est normal, tout leur est dû. Ils ne se rendent pas compte qu’on n’est pas obligé de leur donner, de le faire. Il n’y a qu’eux, leur personne. Il y en a bien certains qui ne demandent pas mais dans l’ensemble c’est ça. Je ne sais pas comment on sera nous, mais en vieillissant, c’est terrible...”*

N’ayant pas identifié les mécanismes psychiques de réparation par lequel elle a construit son rapport à l’autre, Joséphine a vécu des situations qui l’ont déçue et auraient pu la décourager voir la « durcir » si elle n’avait pas modifié son comportement. Le fait de ne plus travailler au sein d’une équipe à la maison de retraite, de devoir faire face seule à une charge de travail plus importante sans pouvoir passer le relais aux collègues<sup>375</sup>, l’a mise en situation de devoir évoluer sur ces questions d’aide et de proximité. Elle a du être particulièrement attentive à son positionnement professionnel, prendre le recul nécessaire tout en restant humaine et compréhensive. Elle est à la recherche d’un équilibre salvateur mais fragile, jamais évident à construire et tenir dans la durée, elle qui doit toujours se faire violence pour ne pas aller trop loin, pour contenir la force de son mouvement de don vers l’autre.

---

<sup>375</sup> Elle est la seule aide-soignante diplômée au foyer logement. L’infirmière de la maison de retraite qui travaille aussi sur ce site est très peu présente dans le quotidien, elle consacre l’essentiel de son temps de travail à la maison de retraite des Abeilles. Les autres personnels du foyer logement sont des agents de service. Quant à sa remplaçante, lorsqu’elle n’est pas en service, c’est une jeune femme en emploi-jeune qui est titulaire d’un BEP sanitaire et social. Quand elles se croisent, Joséphine lui explique le métier et lui donne des consignes.

*“ J’ai compris qu’il fallait tout en donnant le maximum, ne pas trop donner, sinon ils vous bouffent. Je ne mélange ni ma vie privée, ni ma vie de famille avec mon travail. Certes je leur apporte des fois des photos<sup>376</sup>, ils aiment bien, mais je ne rentre pas dans les détails. Maintenant je suis assez ferme. Je m’investis mais je n’ai pas peur de dire non quand il le faut. (...) Des fois je dis non, pour une chose précise et je me dis en moi-même, quand même c’est dur, mais si je dis “ oui ”, ça va engendrer des situations que je ne maîtriserai plus après, et ça ne sera pas mieux. Il faut savoir, à un moment donné, tout en étant diplomate, tout en faisant comprendre, dire que ce n’est pas possible. Il y a certains moments qui sont durs car on aurait envie de faire plaisir. ”*

### **Une vie « bien remplie » qui aide à évacuer la charge mentale du travail.**

Comme les autres aides-soignantes qui travaillent en milieu gérontologique, Joséphine Roche est confrontée à la mort. Mais contrairement à d’autres que la forte proximité d’avec la maladie et la mort angoisse, chez elle cette proximité de la fin de vie semble, au contraire, contribuer à accroître sa force et sa puissance d’agir. Son travail auprès des personnes âgées lui fait ressentir avec acuité l’intensité du temps qui passe et éveille en elle, son propre désir de vie. Cela ne l’empêche pas de vivre des moments difficiles liés à la perte de l’autre, de se sentir affectée et impuissante. Joséphine nous parlera de la difficulté à faire un travail de deuil en maison de retraite quand, avec le temps, elle s’est attachée aux personnes âgées.

*“ Quand on ne travaille pas avec les personnes âgées, on ne s’imagine pas tout ce qui nous attend. A part quand, exceptionnellement, on va voir quelqu’un qui est malade. Ici, c’est le quotidien. Des connaissances m’ont dit : "travailler avec des personnes âgées mais tu vas vieillir avant l’âge". Non, c’est faux, au contraire, comment dire, on vit tellement avec eux, on sait tellement ce qui va nous arriver parce qu’on n’y échappera pas, qu’on a envie de profiter doublement de certaines choses quand on est jeune. Il me semble que je vois les choses différemment depuis cette expérience. Mais c’est vrai que les questions, au début, on se les pose. Ça fait peur. L’année où on a eu beaucoup de décès<sup>377</sup>, j’ai craqué. Il y a eu pas mal de décès en l’affaire d’un mois, et là je pense qu’on en prend un coup. On a besoin de parler. Malgré que ce soit normal, les personnes qui sont restées longtemps, on s’est attaché, et c’est*

---

<sup>376</sup> Lorsque nous partagerons une journée de travail en sa compagnie, nous la verrons montrer des photographies de sa nouvelle petite fille à des personnes du foyer logement.

<sup>377</sup> En 1997, il y a eu 30 décès selon les statistiques tenues par le bureau du personnel des Abeilles.

*dur, ça doit jouer sur l'aspect fatigue. Quand il y a une prise en charge depuis x temps, qu'une certaine affinité est née, ça fait mal. Et puis à d'autres moments on se dit, selon les conditions du décès, c'est la meilleure chose qui pouvait lui arriver. "*

Joséphine a dû élaborer dans sa propre vie, de manière assez solitaire, au travers notamment d'une série de petites astuces, un positionnement professionnel qui lui permette de continuer ce métier qui lui plaît tant, sans mettre en danger sa santé et son équilibre de vie. L'expérience qu'elle relate ici, souligne l'absence de lieu structuré de paroles et d'accompagnement dans son établissement, comme dans beaucoup d'autres. Chaque aide-soignante doit trouver les moyens de panser ses plaies pour continuer à travailler. Joséphine a rencontré auprès des collègues et de la hiérarchie, une écoute pour les moments où la douleur est trop vive, quand elle a besoin d'extérioriser sa souffrance ou sa révolte.

*" On est dure, on est dure oui, mais on est des êtres humains et on a besoin d'en parler. Je n'en parle pas chez soi, avec son mari. Je ne lui raconte pas mon travail, en plus il craint énormément donc je ne peux pas me confier à lui. On a besoin d'en parler entre nous. Moi je sais que j'ai été marquée par une personne qui est décédée, j'en ai beaucoup parlé avec la surveillante et le directeur. Ça m'a fait du bien, j'ai vraiment éprouvé le besoin d'en parler. "*

Il s'agit de traverser ses souffrances pour garder la santé et de rester disponibles aux autres pensionnaires. Les relations avec les collègues comme avec les personnes âgées, quand elles deviennent régulièrement conflictuelles, sont également sources de tensions et perturbations dans le travail. L'enjeu consiste pour Joséphine à rester réceptive à l'autre, à garder une attitude compréhensive lorsque la fatigue, l'usure réduisent sa disponibilité. Ceci renvoie aux questions de conditions de travail et à la capacité de ressourcement que propose la structure à son personnel.

*" Je peux passer chez quelqu'un, piquer ma colère, mais j'arrive dans la chambre de quelqu'un d'autre, je suis comme si de rien ne s'était passé. (rire) Mais c'est sûr que si ça se reproduit plusieurs fois avec d'autres pensionnaires, d'autres résidents, dans la matinée, automatiquement on a les nerfs à vifs. Quand on arrive à la fin de matinée, un résident qui va vous dire quelque chose qui en temps normal passerait très bien, peut-être que ce jour là, compte tenu de ce qui c'est passé avant, je ne serai pas à la hauteur. Je serai peut-être plus agressive, ou tout au moins, moins attentive. "*

Joséphine a besoin d'un sas le soir quand elle a fini sa journée avant de se retrouver dans sa famille. Les cinq kilomètres qui la sépare de son lieu de travail et de sa maison jouent cette fonction. Le court trajet solitaire en voiture, lui fournit un cadre sécurisant, c'est un repère qui l'aide à évacuer les tensions de la journée. Et quand cela n'est pas suffisant, elle appelle la surveillante pour faire le point depuis son domicile ou elle part se défouler en vélo.

*“ Quand je sors de là, il me faut un certain temps. Dans ma voiture, je rumine et puis une fois que j'ai fermé ma porte de la voiture et que j'ouvre mon portail pour rentrer chez moi, je suis à autre chose. Il y a que si vraiment une chose m'a contrariée et que je n'ai pu voir la surveillante, que je l'appelle pour me soulager, mais c'est rare. J'arrive en principe à faire la part des choses, savoir ce qui est grave. ”*

*“ J'aime bien donner. Mais il y a des moments où tu donnes, tu donnes, tu ne reçois pas et puis les gens sont exécrationnels, ça fait mal. Il y a des moments où quand je sors du travail, j'aurais envie de partir et de crier, de me défouler. Dans ces cas, je prends mon vélo pour m'oxygéner. ”*

A côté de la charge psychique – qui résonne dans tout le corps - nous ne devons pas occulter la charge physique proprement dite liée à la pénibilité de ce travail, à ses conditions d'exercice même si elles ont pu s'améliorer avec le temps.

*“ Dans la profession d'aide-soignante ou d'infirmière, on finit plus ou moins avec des problèmes de dos. On lève des poids, on a des mauvaises positions... Encore maintenant c'est mieux, mais à l'époque quand on travaillait en clinique ou en chirurgie, les retours de bloc c'est nous même qui les faisons avec les chariots et quand la personne revient, qu'elle est endormie, c'est un poids mort. Les lits ne sortaient pas des chambres avant. On manipulait la personne sur le chariot donc c'était que des manipulations avec le dos. Maintenant, les lits sortent, il y a moins de manipulations mais quand même on a des positions (pénibles). Les toilettes, les gens qui sont dans des fauteuils roulants, les relever, les coucher, notre dos est sans arrêt mis à contribution. Ce qui fait que dans la profession, il y a beaucoup de lombalgies, de problèmes de ce type. Moi je ne suis pas épargnée, j'ai des problèmes, mais je fais avec. Quand ça va pas, ce sont les anti-inflammatoires. C'est en 98, que je m'étais bien bloquée. On s'est aperçu que j'avais les vertèbres l5 et l1 de foutues. Il faut faire attention*

*pour pas que ça ne s'aggrave plus. Mais je pense que dans notre profession, tout le monde se plaint du dos. C'est la profession qui le veut. ”*

La santé au travail est un thème qui sera rarement évoqué spontanément. Il nous aura fallu questionner Joséphine sur cette dimension pour qu'elle nous en parle. Alors qu'elle travaille dans le secteur du soin et de la santé, la question de sa souffrance corporelle est souvent mise de côté. Les douleurs physiques sont présentées comme une donnée de base de cette activité, elles paraissent inéluctables. Si le travail proprement dit amène à beaucoup solliciter son corps dans des postures d'effort<sup>378</sup>, l'intensité du travail qui amène à intervenir vite et le plus souvent seul, accentue les risques et ce, même si les conditions techniques de travail ont pu s'améliorer.

Compte-tenu de la dureté physique et psychique de ce travail, elle s'efforce de trouver un équilibre en diversifiant ses pôles d'intérêt au travers de son implication politique, de sa vie familiale et affective. Son positionnement social dans son village et l'implication associative qui l'accompagne, semblent lui fournir des ressorts importants pour bien vivre son travail d'aide-soignante. Avoir une vie bien « *équilibrée* » ne suffit pas, il s'agit aussi d'avoir aussi une vie bien « *remplie* » nous dit Joséphine.

*“ J'ai une vie très remplie, mon mari est maire d'un village, donc on a plein d'activités, je ne m'arrête jamais, j'adore coudre, j'adore cuisiner, j'adore faire des conserves. Quand on fait ce travail, on a besoin d'avoir une vie bien remplie. Je me vois mal rentrer chez moi, aller me coucher. On a besoin de se défouler, de voir autre chose. Il arrive un moment où c'est déprimant, si on a pas une vie bien équilibrée, bien remplie. ”*

C'est parce qu'elle a une vie riche, foisonnante mais aussi stable qu'elle trouve son équilibre. La démultiplication des tâches joue comme une sorte d'antidépresseur à son travail. Le risque du surmenage est peut-être possible. Mais à la différence d'autres soignantes, ce n'est pas dans un prolongement et approfondissement de son propre travail qu'elle trouve son équilibre<sup>379</sup>, mais dans une diversification des pôles d'investissement.

---

<sup>378</sup> Des situations qui peuvent être atténuées par une connaissance ergonomique mais qui dépendent aussi des conditions de travail. Le fait par exemple d'être seul au lieu de deux dans la majorité des actes de manutention des personnes âgées est un facteur aggravant en terme de risques de santé...

<sup>379</sup> Cf. à ce propos le récit de vie de Simone Alazard.

## **Un parcours professionnel qui témoigne d'une certaine réussite sociale.**

Malgré la difficile période quand elle était « responsable d'étage » à la maison de retraite, Joséphine Roche a eu une vie professionnelle dont elle est satisfaite et même assez fière. Commencer comme O.S. pour être aujourd'hui aide-soignante au sein de la fonction publique hospitalière, constitue une réussite professionnelle. Elle est heureuse du chemin professionnel parcouru. Elle garde un fort appétit de connaissance et a un désir de mobilité au sein de son métier. Elle aime avoir des stagiaires d'école qui l'amène à repenser et réfléchir sa pratique.

*“ Moi, personnellement, le parcours que j'ai fait je trouve que c'est bien. Je n'ai pas eu un travail de routine, j'ai bougé. Et je me dis, sur les 8 ans qui restent (avant sa retraite) pourquoi pas voir autre chose, l'enfant, par exemple (...) Je n'aime pas tomber dans la routine, je veux évoluer, pas comme certaines. Les anciennes, il faut surtout pas leur changer les habitudes, alors que moi je trouve ça super. Quand les jeunes stagiaires des écoles viennent, elles montrent les nouvelles méthodes, ça nous remet dans le bain. ”*

A côté de ses savoirs-faire d'aide-soignantes, elle n'hésite pas à élargir son champ de compétences pour apporter des services supplémentaires aux personnes du foyer logement. Sa demande actuelle de se former par le biais de la formation continue en coiffure en sont un bon exemple.

*“ J'ai demandé de faire une formation de coiffure, parce que bien souvent ils n'ont pas les moyens et moi les coiffer, faire les mises en plis tout ça, j'adore, mais couper les cheveux, je suis limite. Ce n'est pas parce que ce sont des personnes âgées qu'on peut tout se permettre quand même. Dans le cadre de mes fonctions, il faut savoir tout faire, alors je me disais, bon, une formation de coiffure sur la notion de coupe, ça serait bien parce que c'est vrai qu'on touche un peu à tout. ”*

Joséphine Roche n'aura pas pu être infirmière, mais le fait d'avoir changé de statut et de structure ne l'aura pas laissée sur un sentiment d'échec. Cela restera un simple regret. Son expérience auprès des personnes âgées, à un moment de maturité personnelle et professionnelle, lui procure un enrichissement personnel.

*“ Je trouve que dans le parcours que j'ai fait, de la clinique - où j'ai fait de la chirurgie, un peu de bloc - à la maison de retraite, en passant par le SSIAD, puis maintenant le foyer logement, j'ai beaucoup appris, j'ai de l'expérience. Venir finir avec les personnes âgées, quand on a une certaine maturité, quand on a le recul de la vie, je trouve que ce n'est pas plus mal. Par contre, je trouve que si, en début de carrière j'avais attaqué par ça, ça aurait été dommage. Parce qu'au niveau pratique, au niveau soin, on y perd. Ici, il y en a pas, c'est beaucoup la relation. ”*

On retrouve dans les propos de Joséphine Roche, la dichotomie qui traverse le métier entre le technique et le relationnel. Même si, quand elle le détaille concrètement, cette césure ne semble pas aussi infranchissable, elle participe d'une représentation commune et largement partagée par l'ensemble des professionnels. Cela témoigne des formes de classement au sein des services et établissements de soins.

*“ En maison de retraite, le travail est technique mais moins qu'en chirurgie. En chirurgie, il y a une intervention, de là découle une façon de tourner le patient, une façon de le bouger, donc c'est technique. En maison de retraite, ça peut l'être aussi parce qu'il y a ceux qui sont dans des fauteuils roulants, qui ont une hémiplégie, il y a aussi une technique pour les tourner, pour les relever, mais l'approche n'est pas la même. Une toilette en maison de retraite, par exemple, fait partie aussi d'une animation. Le fait d'être là, de toucher la personne, de la laver, ça la touche, ce n'est pas qu'un acte technique. C'est un bien-être mais aussi un contact qui s'engage dans le temps, dans ce qui est en général, leur dernier lieu de vie.”*

Sa connaissance professionnelle est mise au service de sa professionnalité, elle est intégrée dans ses manières de faire en accord avec des valeurs morales de respect de l'autre. Il a fallu qu'elle quitte l'univers réifiant de la maison de retraite, les relations difficiles avec l'équipe, pour se sentir épanouie dans ce métier qu'elle exerce de manière plus solitaire au foyer-logement. Même si la charge physique et morale y sont importantes, le travail reste humain et les personnes âgées sont traitées avec plus d'humanité qu'ailleurs.

## **Simone Alazard, quand le dévouement conduit à l'hyperactivité soignante.**

Agée de 47 ans<sup>380</sup>, Simone Alazard a entrepris d'accueillir à domicile des personnes âgées, après avoir été aide-soignante et tenu des postes de faisant fonction d'infirmière. Elle garde cependant un emploi de nuit dans une clinique comme aide-soignante. Ce sont les conditions de son retrait progressif des structures de soin et son ancienneté dans le métier qui nous ont tout d'abord intéressé. Dans cette rencontre<sup>381</sup>, Simone nous parlera beaucoup de sa nouvelle expérience d'accueillante familiale car elle vit des moments difficiles qui la renvoient à son histoire personnelle. Cela la conduit à ré-interroger le sens de son engagement professionnel et la nature de son investissement auprès des personnes âgées. La première partie du récit est consacrée à son itinéraire professionnel. Dans la deuxième, nous présenterons de son histoire familiale. Elle éclaire son itinéraire de vie professionnelle et aide à comprendre son fort investissement dans le travail. Plus détaillé que les précédents, ce récit issu de quatre longs entretiens à son domicile est l'occasion d'approfondir les moteurs de l'activité soignante en abordant les thèmes du transfert, de la réparation narcissique et de la suractivité professionnelle.

### **“ Une folle dingue du boulot ”**

Simone Alazard, est entrée “ *par hasard* ” dans un établissement de soin, grâce à une voisine. Elle lui fait part d'une demande de recrutement dans une clinique, à proximité de chez elle. Elle y restera par conviction, pour rester fidèle à son histoire, aux valeurs d'aide et de soin qui lui ont été transmises, à une place qui lui a été donnée au sein de la fratrie. Lorsqu'elle commence en 1976, dans un centre de rééducation fonctionnelle comme garde-malade, elle « joue » un rôle déjà bien connue d'elle.

*“ Moi peut-être dans un milieu où j'étais avec un frère handicapé mental, ma mère qui a eu des problèmes de santé, j'ai connu très tôt les hôpitaux si vous voulez. Et très tôt j'ai eu une certaine maturité et une psychologie de tout ça. J'ai été plus tard aide-soignante, mais en fait*

---

<sup>380</sup> En 2000, au moment des entretiens.

<sup>381</sup> Les quatre entretiens que nous avons eus avec elle, de trois heures chacun, se sont déroulés à son domicile. Nous ne l'avons jamais rencontrée sur son deuxième lieu de travail en établissement de soin, la nuit. Ce sont des assistantes sociales d'un conseil général qui nous ont mis sur la piste de Simone Alazard. Nous leur avons demandé de nous indiquer des noms d'accueillantes de personnes âgées qui aient travaillé dans le secteur des soins au cours leur vie professionnelle.

*j'ai compris par la suite que c'était ma voie, c'est pas un mot qui me plaît mais d'une certaine manière, c'était une vocation. ”*

Simone Alazard a toujours travaillé au contact de personnes adultes ou vieillissantes, dans des lieux et services variés. A deux reprises, elle travaille dans des centres de rééducation et de convalescence privés dont un spécialisé dans l'accueil des personnes-âgées. Elle ne semble pas avoir de stratégie particulière en terme de carrière<sup>382</sup>. Lorsqu'elle a cherché du travail, elle a postulé dans un périmètre d'une quinzaine de kilomètres autour de chez elle et elle a pris la première réponse favorable qui s'est présentée : *“ le premier qui m'appelle je reste, je suis fidèle ”*. C'est la proximité géographique qui compte pour préserver l'équilibre familial et économique. Pendant toute la première partie de sa vie professionnelle peu lui importe l'établissement d'accueil, du moment qu'il s'agit de prendre soin des autres. Avec le temps et la fatigue, elle reconsidérera les choses autrement, comme nous le verrons dans la suite du récit.

Son tempérament et sa détermination feront d'elle une acharnée du travail. A partir de 1986, alors qu'elle est devenue aide-soignante par la voie de la formation continue, elle s'engage dans une double activité.

*“ Je travaillais de nuit et je travaillais de jour. Au départ ça a commencé parce qu'on voulait construire<sup>383</sup> (la maison), faire quelque chose de positif si vous voulez, après j'ai continué parce que mon mari était licencié de son entreprise (où il était ouvrier très qualifié), donc le salaire n'était pas le même bien évidemment<sup>384</sup> ”*

Les raisons financières ne suffisent pas à expliquer totalement ce choix d'une double activité qu'elle ne pense pas arrêter alors que l'emprunt de la maison va se terminer.

*“ ... des projets, il ne m'en manque pas. J'ai toujours eu cette motivation qui m'a poussée parce que, ce qui allait rentrer financièrement, servait à faire ça pour l'un, ça pour l'autre, tout était établi. Ça m'a toujours donné la force de travailler.... ”*

---

<sup>382</sup> En dehors de sa volonté de devenir infirmière. Voir ci-après.

<sup>383</sup> Simone nous dira que son mari était réticent au départ à acheter un terrain. Elle le convaincra de mettre l'argent d'un petit héritage dans l'affaire pour avoir la mise de fond nécessaire pour emprunter. Les travaux se feront petit à petit au fur et à mesure des entrées d'argent pour acheter le matériel. Une fois le gros œuvre terminé, ce sera son mari qui fera l'essentiel des travaux sur une période de 10 ans, pendant lesquels ils habiteront différentes parties de la maison .

<sup>384</sup> Il retrouvera sans difficulté du travail mais payé au Smic soit une baisse nette de 30 % par rapport à ces anciens revenus..

Elle essaie de conjuguer son engagement dans le travail et sa vie de famille, en assurant le principal revenu familial. L'équilibre financier repose sur ses épaules, il permettra la construction de la maison à laquelle se consacre son mari<sup>385</sup> et autour de laquelle s'organise toute la famille. La répartition des tâches domestiques paraît dans ce contexte assez fortement déléguée au mari puis aux enfants. C'est ce qui rendra possible le fort investissement professionnel que Simone revendique en affirmant que son : « *état d'être, c'est le travail, à l'extérieur* ».

*« J'ai été énormément aidée par mon mari, mes enfants. Mon mari faisait tout, mon fils aîné depuis l'âge de quatorze ans, se lave son linge, se le repasse, fait sa chambre. Mon fils le plus jeune aussi, et quand je ne rentrais pas de trois, quatre jours, parce que je travaillais, il fallait qu'ils se débrouillent. Mon mari arrivait le soir à 17 heures de son boulot, il allait faire les courses, préparer à manger. (...) En 86 (quand elle commence une double activité professionnelle) ça c'est vraiment précisé. Mais j'ai des enfants qui ont été dégourdis très tôt, je les ai élevés comme des grands, et donc ils ont été débrouillards, chacun a mis la main à la pâte. Encore maintenant, quand ça va leur prendre, ce sera le branle-bas de combat, qui fait la cuisine, qui fait la vaisselle, qui fait la salle de bain, qui passe l'aspirateur, voilà, et mon mari c'est pareil. Si vous voulez, on a pu rouler comme ça, ce qui fait que ça me pesait moins, j'avais beaucoup plus le travail à gérer à l'extérieur pour pouvoir financièrement avancer. »*

Son engagement au travail semble sans limite, elle en parle avec fierté et une certaine exaltation dans la voix.

*“ En plus moralement ça ne m'a pas gênée le travail. Je dis toujours le jour où je vais partir on marquera “ ici gît une folle dingue du boulot ”. Je vous assure, il m'a toujours poursuivi le travail, je n'ai jamais su dire non au travail et c'est pour ça que j'ai été un peu étouffée par ce travail, parce que j'ai mis les sentiments ”.*

Source de vitalité et de plaisir, le travail structure Simone Alazard et la resitue au cœur de son “ *besoin de donner et faire pour quelqu'un* ”. Elle s'y engage corps et âme, flirtant avec l'idée de la folie et de la mort. L'expression “ *ici gît une folle dingue du boulot*” peut-être

---

<sup>385</sup> Il sera en situation d'invalidité professionnelle à la fin des années 80.

alors prise au pied de la lettre. Mais sa difficulté à “ *ne pas savoir dire non au travail* ” est contrecarrée par un sentiment de plaisir au travail et une liberté d’action qu’elle a conquis en devenant adulte.

*“ Ce que je faisais (son travail) me plaisait, ce que j’ai toujours fait m’a plu. En fait dans ma vie, je me dirige toujours vers la voie où j’ai envie ”.*

Sa force d’engagement lui permettra de toujours rebondir d’un emploi à un autre, quels que soient les situations et obstacles qu’elle a pu vivre, là où d’autres se seraient effondrés ou auraient renoncé.

### **Des relations de travail parfois difficiles.**

Eprise de justice, Simone Alazard va à plusieurs reprises se faire, selon sa propre expression, “ *l’avocate des pauvres* ” et agir ou dénoncer quelles qu’en soient les conséquences pour elle. Elle défendra des collègues chaque fois qu’elle sera témoin de formes d’injustices mais avertira à l’inverse sa hiérarchie lorsqu’elle remarquera une situation de potentiel danger d’une de ses collègues vis-à-vis des patients.

*« Il y avait une aide soignante dans l’autre équipe avec qui j’avais déjà travaillé pendant quelque temps. Je voyais qu’il y avait un problème. Quand elle arrivait le matin au travail, elle n’était pas cohérente. Elle avait un comportement dans son travail qui m’inquiétait. Un jour, je vais voir la surveillante avec qui j’avais le meilleur rapport et je lui explique en lui disant : “Andrée il faudrait que tu ailles voir”. Quand elle est montée, il était 11heures/midi donc c’était passé. “ Je n’ai rien remarqué” me dit-elle, “ tu es montée il était 11heures-midi, il faut monter quand je te le dis ”. Finalement l’autre surveillante a été mise au courant et tout le monde m’est tombé dessus pensant que j’étais entrain de descendre quelqu’un, alors que je mettais en garde parce que je voyais qu’il y avait un danger. La fille a dit, “ non ce jour-là j’avais pris un témostat j’étais énervée j’avais pas dormi, j’avais dû perfuser quelqu’un... ”, enfin des trucs aberrants. Il a fallu que les médecins s’en rendent compte, quand elle est arrivée un jour complètement à poil sous une tenue, qu’elle titubait et qu’elle est tombée sur le cardiologue. (...) En fait elle buvait et elle prenait des médicaments. Mais quand moi j’ai dit ça, on m’a pas crue. »*

Simone prend conscience de la violence des rapports sociaux dans le travail. Lui est rappelé sa place sociale et le peu de poids de sa parole face à celle de la hiérarchie médicale. Quand cette déconsidération se double de propos racistes à son égard de la part d'une surveillante générale, elle ne pourra le supporter et démissionnera.

*« Je faisais équipe à l'époque avec une infirmière remplaçante parce que quand il y avait des problèmes on me mettait avec la personne qui arrivait et on laissait l'infirmière en place pour qu'elle puisse être là et tout superviser. La deuxième surveillante - celle qui a dit, si on peut plus prendre un temestat maintenant, ce qui a fait que tout le monde m'est tombé dessus y compris les médecins – elle a répondu à l'autre surveillante qui lui disait : « mais enfin pourquoi veux-tu que Simone est inventée ça ? » : « mais tu n'as pas compris pourquoi ! Mais tu comprends pas ? Et bien parce que ce sont deux juives ! » L'autre infirmière qui était remplaçante m'a confirmé les propos. « Deux juives ensemble, elles se défendent. Quand Katia (l'infirmière) m'a dit ça parce qu'elle était présente, j'ai dit : « Quoi ! Mais c'est grave, ça va loin. » Là j'ai décidé de m'en aller. Sans rien dire à personne j'ai envoyé une lettre directement au P.D.G. qui a posé des questions et voulu comprendre. Il paraît que ça a un peu bardé pour tout le monde, parce que personne n'était au courant, pas même le chef du personnel. »*

Avec l'évocation de cet évènement, nous retrouvons le milieu clos des univers soignants, bien décrit par l'anthropologue Anne Vega : *« j'ai compris combien la répétition de ces dysfonctionnements institutionnels constitue, à elle seule, une dimension essentielle, voire la véritable trame - drame ?- à partir de laquelle se déroule la vie hospitalière, caractérisant le quotidien des blouses blanches par ces climats de défiance mutuelle, d'amertume, de contrôle et de jugement permanent »*<sup>386</sup>.

Simone Alazard essaie de passer outre ses « climats de défiance », elle se donne totalement dans le travail. Elle est impliquée et responsable, animée par un sens du devoir. Mais lorsqu'elle se rend compte que les relations de travail sont délétères, que la mesquinerie et la lâcheté prennent le dessus, elle arrête net son travail. Sa décision de démissionner devient alors irrévocable. Elle reste entière et déterminée dans ses actes.

---

<sup>386</sup> Cf. Vega, 2000, p 109.

*“ A partir du moment où je suis comme ça dans tout, et qu’on m’a amenée à pleurer, ou qu’on m’a amenée à saturation, il y a une barrière qui se crée et alors c’est fini. Je prends du recul, et quand je vais donner ma démission, c’est réfléchi. ”*

### **Une personne « ressource » pour les établissements de soins.**

Dans le travail, comme en toute chose, dès qu’il s’agit d’être dans une relation d’aide vis-à-vis des autres, Simone Alazard s’implique et va de l’avant. Elle prend des initiatives tout en ayant le souci de comprendre ce qu’elle fait pour ne pas courir de risques. Fort de ses compétences et de ses valeurs humaines, l’institution va se servir d’elle et la mettre là où elle a des besoins urgents. Elle fera ainsi de nombreux remplacements de jour comme de nuit, à des postes d’aides-soignantes mais aussi parfois d’infirmières, alors qu’elle n’a pas le diplôme. Partout où elle passe, elle devient une personne ressource, on lui demande d’accueillir les nouveaux arrivants, de les former si nécessaire, qu’ils soient aides-soignants ou infirmiers. Dans un premier temps, cela lui procurera beaucoup de plaisir, même si ce travail d’accompagnement et de tutorat ne constitue qu’une reconnaissance symbolique sans contre-partie financière.

*“ Quand j’ai eu la responsabilité du poste d’infirmière dans la clinique de convalescence et de rééducation, il y avait des aides soignantes qui avaient cette même envie d’apprendre et je leur ai appris à faire des intraveineuses. “ Voilà tu pratiques comme ça, puis comme ça tu peux pas de tromper, si tu as pas ton retour dans la seringue c’est que tu n’es pas dans la veine... ”*

Si son engagement au travail et sa souplesse d’adaptation satisfont la direction, cela suscite aussi des envies et jalousies. A plusieurs reprises, des supérieurs hiérarchiques voudront la pousser à la faute professionnelle ou tenter de lui faire endosser les erreurs d’un(e) autre. Elle arrivera toujours à déjouer ces pièges au prix toutefois d’une certaine désillusion et fatigue personnelle.

*“ Le médecin voulait absolument me coincer au niveau du travail, chose qu’on a jamais pu me faire en vingt-cinq ans. C’est vrai que j’ai mon caractère, je ne suis pas parfaite mais, au niveau du travail, là-dessus on a pratiquement rien à dire ”*

Plusieurs fois, elle paiera le prix fort de son engagement. Simone Alazard nous racontera combien lui a coûté son inscription sur une liste de la CGT pour des élections du personnel au début de sa carrière.

*“ Ca a valu une petite dizaine d’années de bâton dans les roues ”. “ On m’avait fait passer cinq postes de nuit sous le nez. J’étais allée voir le directeur, et je lui avais dit : il se passe ça et ça, je ne comprends pas.*

*- Oui mais vous comprenez vos idées .*

*- Même mes idées, elles ne font pas que je sois rebelle, on peut construire des choses ensemble,*

*- Oui mais vous devriez changer de côté, vous verriez, les gens CFTC, c’est pas si mal que ça, il y a des gens qui sont bien et puis c’est pas grave si des gens vous tournent le dos, vous aurez d’autres amis (...)*

*Et moi à l’époque j’avais vingt-cinq ans à peu près, je le regardais avec des yeux écarquillés en me disant : “ est ce que tu te rends compte de ce tu es en train de me dire, coupe les ponts avec les personnes parce qu’elles sont de la CGT !” C’était des personnes syndiquées que je connaissais comme ça, je n’avais pas de relations privilégiées, je faisais pas de politique spécialement, ni de syndicalisme. J’avais envie de me mettre sur une liste, ça a été la liste de la CGT, parce que je suis de gauche et pas de droite.”*

Son choix de la CGT, semble être moins le fruit du hasard que ne l’affirme Simone. Son père a été un membre actif de la CGT. Dans sa jeunesse, elle allait vendre avec lui le journal “ l’humanité ” dans les rues de sa ville, les dimanches.

Avec le temps, Simone nous confiera qu’elle a pris du recul et qu’elle ne réagit plus aussi fortement qu’avant au travail.

*“ On voit beaucoup de choses et on dit rien, surtout en ce qui concerne les infirmières.”*

*“ S’il y a une mauvaise ambiance je ne m’énerve plus, c’est fini tout ça, j’ai passé le cap. (...) Je suis beaucoup plus calme. J’ai tellement pleuré, donné pour mon boulot, je me suis tellement rendu malade, que je me suis dit, c’est fini tout ça. Au fur et à mesure des années on apprend, j’en arrive à me dire qu’ il y a des tas de choses qui sont sans importance,*

*auxquelles il ne faut pas s'arrêter pour pas se rendre malade. Mon Dieu il y a plus important, plus compliqué que ça. »*

Simone laisse entrevoir la dureté de son vécu de travail en institution soignante et les souffrances endurées. Si elle a appris à composer avec le temps et garder le silence quand des dysfonctionnements viennent de la hiérarchie en place, notamment des infirmières, au fond d'elle, elle ne semble pas vraiment accepter cet état de fait. Au fil des ans, elle va se désengager du travail en clinique, pour ne plus garder que son poste d'aide-soignante de nuit, moment où la hiérarchie est moins présente et où règne une bonne entente avec l'équipe.

### **Les défis professionnels, sources de plaisir dans le travail.**

Avant d'en arriver là, Simone Alazard vivra des moments d'intense plaisir dans son travail. En 1986, quand elle prend son deuxième travail de jour au service cardio-vasculaire d'une clinique privée, elle fait équipe avec une infirmière avec qui elle construit une bonne complicité.

*“ On faisait équipe toute les deux. On était arrivé à avoir une formidable entente dans le travail. Quand il y avait une urgence par exemple, elle s'occupait de tout ce qui était administratif et moi je m'occupais de tout ce qui était manuel, préparer les seringues, installer, piquer et on se chronométrait. C'était en fait un défi. On se chronométrait de l'arrivée de l'urgence jusqu'au moment où nous avons fini. Et on mettait des temps records, je vous le dit. J'ai travaillé volontiers, avec envie, et puis j'ai aimé ça, apprendre. Le travail que j'ai fait, piquer, ça m'a jamais déplu au contraire. C'était un vice entre parenthèse, c'est quelle chose que j'ai toujours aimé. Ma première injection en intraveineuse, on m'a dit : tu veux faire une intraveineuse, j'ai dit : « allez hop, donne ». Ceci dit j'en avais déjà vu mais j'en avais jamais fait. J'ai fait mon injection sans aucun problème. De là, je suis partie sur du travail beaucoup plus important et comme j'aimais ça, ça m'a jamais pesé. »*

Simone transforme son anxiété première, en défi, complicité, jouissance. Cette circulation des affects lui procure de la fierté et un sentiment de reconnaissance vis-à-vis de ses pairs et de ses supérieurs. Ces actes illégaux, tacitement acceptée par l'institution, lui procure une sorte de plaisir toxicomaniaque, un « vice » dont on a beaucoup de mal à se déprendre.

« - *Qu'est-ce que vous entendez par " vice " ?*

- *C'est un plaisir profond qu'on va chercher en soi même.*

- *C'est une forme de jouissance ?*

- *En fait c'est ça. Vous avez trouvé le mot. Des fois, on peut avoir cette jouissance dans le vice, faire quelque chose. En fait c'était, c'était la jouissance d'arriver à faire quelque chose. De prouver et de montrer que je savais faire. C'est comme quand on a commencé à poser les cathéters en périphérique de 30 cm. Le cardio, il nous avait posé un défi en disant : " A la résidence, elles ne posent que des cat. de 30, ici je ne comprends pas vous ne posez que des petits cathéters de rien du tout. " ; " Ah oui ! " On a téléphoné à la pharmacie : " il nous faut des cat. comme ça ". On lui a collé sur le tableau et en fait quand nos patients arrivaient, on posait pratiquement que de ça. (...) Si vous voulez c'était le plaisir et la satisfaction quand il arrivait quelqu'un de nouveau, une infirmière, de lui dire sans prétendre apprendre à quelqu'un : " tu as déjà posé un cathéter de 30 cm en périphérique ? " " Non, non. " " Tu veux m'en poser un, je te montre. " (...) les filles là me considéraient comme une infirmière. Moi je leur disais " non je ne suis pas infirmière " " mais c'est tout comme " alors j'en tirai une certaine satisfaction, un petit orgueil un peu mal placé. "*

Nous retrouvons présenté ici des attitudes de défis qui jouent sur la thématique de la peur et de la maîtrise. Ils peuvent faire penser aux analyses que Christophe Dejours présente à propos des hommes, ouvriers du bâtiment ou travailleurs dans des entreprises pétrochimiques<sup>387</sup> à la recherche de cohésion d'équipe... Dans ces processus de défi, Simone semble trouver une force dynamisatrice qui la pousse à aller toujours plus loin dans la connaissance et la maîtrise professionnelle, bien au delà de ce que son statut autorise.

### **L'échec au concours d'entrée d'infirmière.**

Simone Alazard a essayé sa vie professionnelle durant, d'être reconnue à la hauteur des compétences qu'elle a développées au cours de ses expériences professionnelles. C'est un moyen pour elle de reprendre la main par rapport aux études qui lui ont été confisquées adolescente et de concrétiser un ancien projet personnel, devenir infirmière. Cela va se construire en deux temps. Dès qu'elle a l'ancienneté suffisante dans son poste de garde

---

<sup>387</sup> Cf. Dejours, 1993, p 134.

malade, Simone demande à son employeur de passer le diplôme d'aide-soignante. Ce sera son premier diplôme professionnel réussi, elle en garde un excellent souvenir.

*“ Le diplôme était beaucoup plus facile que maintenant, on n'avait pas de concours d'entrée à passer. Ça a été une année payée par l'employeur, une année de détente parce qu'il y avait une bonne ambiance et tous les élèves ont eu le diplôme, c'était en 1982 ”.*

Ce diplôme lui permettra une mobilité professionnelle dans les différents établissements médicaux. Mais quand elle voudra franchir un pas supplémentaire, l'histoire ne se répétera pas et le diplôme d'infirmière restera pour elle un obstacle infranchissable.

Après s'être prouvée à elle-même qu'elle était capable de tenir le poste infirmière et devant l'amicale pression de ces collègues, *“ à force d'entendre les filles me dire : tu n'es pas infirmière mais nous on te considère comme une infirmière et pourquoi tu ne passes pas le concours ? ”*, Simone Alazard s'est *“ lancée ”* dans la préparation de ce concours d'entrée. Elle a alors 39 ans. En fait, elle aurait pu le tenter plus tôt mais le licenciement de son mari en 1987 et sa grave maladie en 1988 ont retardé son projet. N'ayant pas de baccalauréat, Simone Alazard devra passer par une première étape, celle de la procédure de la validation des acquis. Tout en travaillant comme aide-soignante de nuit, elle fait une formation de quatre mois pour se préparer à cet examen. Elle va se trouver confrontée à des épreuves scolaires qui vont lui demander beaucoup de travail et de préparation personnelle. Cet investissement va faire émerger de l'angoisse, la peur de ne pas y arriver. Son mari, qui à cette époque ne travaille plus sera très présent. Il lui apportera un soutien moral et prendra en charge le travail domestique quotidien et la vie familiale<sup>388</sup>, de manière à ce qu'elle puisse se concentrer sur sa formation.

Simone Alazard nous détaillera longuement les résultats de cette première étape. Avec une très bonne note au dossier de présentation qui portait sur son expérience professionnelle et un 10/20 en résumé de texte, elle obtiendra sa validation. Elle sortira 260° sur 600 au niveau régional. Rassurée, elle se présente quelques mois plus tard au concours d'entrée d'un institut de formation d'infirmiers. *“ Moi je me disais, si j'ai la validation des acquis, j'ai le concours ”*. Mais devant les épreuves, au moment d'écrire, elle sera prise de panique. Elle

---

<sup>388</sup> Ses deux fils ont alors 16 et 11 ans.

mettra du temps à retrouver ses capacités et commettra plusieurs erreurs tactiques. “ *J’ai eu le vide le plus complet (...) Aux tests psychotechniques, j’ai eu que dix. J’ai voulu commencer à l’envers, je ne sais pas pourquoi* ”. Elle ratera le concours d’un point, à cause de l’épreuve de culture générale. “ *Mon professeur de Français, ma directrice tout le monde était étonné, comment ça se fait que Simone ne l’a pas eu ?* ”

Elle voudra identifier ses erreurs et ira rencontrer le responsable du concours. Avec lui, elle regardera sa copie dans le détail. Elle ne comprendra pas pourquoi, à une réponse considérée comme juste, elle n’a eu que 4/5 au lieu de 5/5. S’engagera des discussions avec lui où elle mesurera le caractère subjectif de l’évaluation, qu’elle ressentira comme une profonde injustice. C’est tout un rêve qui s’envole alors.

“ *J’ai dit au directeur : “ je suis très déçue, parce que j’ai quarante ans, j’ai passé une année de formation, je l’ai pris sur moi avec toutes les responsabilités que comportent la vie de famille et tout ”.*

*Il me dit : “ non, mais vous verrez l’année prochaine ”,*

*Je lui ai dit : “ je ne sais pas si je recommencerai l’année prochaine ”.*

*Et puis finalement c’est ce qui s’est passé. De là après, j’ai arrêté mon travail de jour parce que j’étais à saturation de tout, le fait d’avoir échoué... ”*

La validation des acquis qu’a obtenu Simone Alazard est valable trois ans pendant lesquels elle peut se représenter au concours. Elle ne le fera pas, n’étant plus ensuite en situation matérielle pour assumer la formation dans la durée, si elle le réussit.

“ *J’ai des priorités et je vais toujours vers les priorités, alors bon, à grands remords, j’ai fermé le dossier dans le tiroir et puis je suis allée travailler (...) Jusqu’à la veille de la date limite du dépôt, j’ai hésité en fait. J’ai calculé qu’il aurait fallu que j’arrête de travailler et à ce moment là, ce qui était prioritaire, c’était le côté financier.* ”

Son histoire familiale que nous évoquerons en deuxième partie va se répéter Simone Alazard ne pourra “ *achever ce qu’elle a commencé* ” en formation. Son besoin de réparation et de rattrapage social vont se déplacer sur la personne de son fils aîné, aide-soignant, qui veut devenir infirmier et en qui elle place beaucoup d’espoir.

*“ J’ai fait le choix, mais quand même pendant quelques années j’ai eu ce regret intérieur, parce que j’avais les capacités manuelles et de compréhension, mais voilà. Et puis maintenant je dis, place aux jeunes. Je formerai le mien, Yvan, quand il sera prêt. En principe, en février, il aura ses trois années (de pratique comme) d’aide-soignant, il sera prêt pour préparer le concours et pour avoir la validation des acquis ”.*

Très tôt son fils a manifesté le désir d’être infirmier. Malgré l’insistance de sa mère, il a refusé de s’engager dans un baccalauréat pour préparer l’entrée aux instituts de formation d’infirmiers. Il a choisi d’y accéder par une autre voie plus indirecte. Il a fait un BEP sanitaire et social puis a passé le concours d’entrée d’aide soignant qu’il a réussi et a attendu trois années d’exercice professionnel pour pouvoir postuler au concours d’entrée. Le parallèle avec l’itinéraire de sa mère s’impose d’évidence.

### **La mise à distance des établissements de santé et un repositionnement professionnel**

Après son échec au concours d’entrée d’infirmière, Simone Alazard va prendre de la distance dans son travail et ne plus supporter les situations professionnelles de faisant fonction d’infirmière. Refusant d’être corvéable à merci, elle va refuser ce type de poste, ce qui ne sera pas du goût de sa direction. Elle va alors démissionner de la maison de convalescence où elle travaillait depuis quatre ans.

*“ Elle (parlant de la directrice) voulait que je lui fasse les remplacements d’infirmières l’été, alors j’ai dit non. J’ai dit : “ stop là ”*

*Elle m’a dit : “ tu es sûre, réfléchis bien, j’ai besoin de toi l’été ”*

*“ Non, ou vous me donnez l’année (une infirmière qui prenait une année sabbatique) au alors je pars ”*

*C’est ce que j’ai fait. J’ai dit à mon mari : “ voilà, j’ai donné ma démission. Il m’a dit : “ tu as bien fait, arrête un peu. ”*

A force de souplesse et d’implication dans le travail, Simone va arriver à des seuils élevés de fatigue. *“ Je disais : moi je veux m’en aller, je n’en peux plus ”.* A deux reprises, elle démissionnera frôlant l’épuisement professionnel<sup>389</sup> : *“ J’en suis partie soit par saturation,*

---

<sup>389</sup> Canoui & Mauranges, 2001.

*soit parce qu'on m'en demandait trop* ". Ces départs seront une réponse ultime, une sorte de réflexe pour ne pas perdre sa santé au travail. On retrouve, comme chez Aline Gambini ou Marie-Laure Orrizo, des difficultés à se protéger, fixer ses propres limites, poussée par un besoin de soigner, un soucis d'aider l'autre et un désir de rendre service à l'institution.

*“ Je suis partie en cinquième semaine, je n'étais pas en dépression, mais pas loin. Je pleurais dans mon assiette, plus personne ne pouvait me parler. Et pendant cette cinquième semaine de congé, je me suis dit : c'est fini, je ne sais pas, j'ai peut-être raté ma vocation, est-ce que j'aurais dû être psychologue (rires) ? Je vous dis ça en riant, mais bon, je me suis dit : c'est fini, mon boulot c'est pas ma vie. J'ai ma vie, mon mari, mes enfants, on est heureux. C'est terminé, dorénavant je vais faire mon travail du mieux que possible comme d'habitude, personne n'est parfait, mais je ne vais plus écouter, je ne vais plus m'arrêter aux choses qui ne vont pas. Quand je vais avoir quelque chose à dire je le dirai, mais j'ai appris à me taire encore plus qu'avant. Quand je suis revenue de vacances, on m'a dit : “ ça va ? ” J'ai dit : “ ça va ”. De toute façon je me suis dit à partir de maintenant c'est terminé. ”*

Dans cette période charnière, Simone constate qu'elle est usée d'avoir tant donné, y compris physiquement. Elle a besoin de se recentrer sur sa famille, de puiser de la force auprès des siens.

*“ J'ai tellement donné dans mon travail, pendant douze ans et là physiquement je commençais un peu à fatiguer parce que je suis quelqu'un qui donne beaucoup de moi-même. Quand je commence quelque chose, ça prend beaucoup. (...) Je me suis toujours consacrée aux miens, même en travaillant jour et nuit. Mais comme j'ai pris du recul, pris mes distances, j'ai eu besoin de ce temps où je me rapprochais des miens, ça a toujours été comme ça. ”*

Progressivement, Simone abandonne l'idée de travailler dans une institution de soin, le jour. Elle cherche une autre activité pour compléter son travail d'aide-soignante de nuit. Elle recherche de la souplesse horaire, une liberté de mouvement avec le moins de pression hiérarchique possible et surtout, elle souhaite être plus présente chez elle. Elle va opter pour une activité d'accueil familial. Elle va demander un agrément au Conseil Général pour recevoir de manière continue à son domicile une puis deux personnes âgées qui partageront son quotidien de vie.

*« Dans ce système là (l'accueil familial) ça roule bien si vous voulez, c'est apaisant parce que ça lève un peu du poids extérieur. Moi je vois il y a la hiérarchie au niveau du boulot, il y a toujours cette tension qui est là comme le couperet, surtout que nous c'est particulier comme mentalité. Je ne connais pas tout ça en faisant ça. Il y a une certaine liberté une indépendance de travail qui est respectée et c'est très important. Parce qu'on veut pouvoir mieux vivre, mieux gagner sa vie mais sans être étouffé sinon c'est vivable pour personne. »*

### **Une expérience d'employée de maison vécue comme une transition professionnelle réussie.**

Avant d'en arriver à ce choix de l'accueil familial, Simone Alazard trouvera un moyen terme à sa volonté de changement et de prise de distance avec les institutions de soin. Elle exercera un travail d'employée de maison, essentiellement au noir. Cet emploi socialement plus dévalorisé que celui d'aide-soignante, lui procurera un grand plaisir et lui permettra de se refaire une santé morale. Elle sera touchée par la reconnaissance que lui adresseront les personnes chez qui elle ira travailler. Elle retrouvera une spontanéité et une liberté de mouvement dans le travail qu'elle n'avait plus dans les services de soin. Tous ces employeurs lui faisaient confiance, lui donnaient les clefs de leur habitation. Elle nous parlera du climat de convivialité qui régnait dans les maisons où elle travaillait : *“ J'arrivai le café était toujours fait ”*. Elle évoquera l'attachement et la complicité qu'elle avait avec un employeur âgé de 86 ans qui la regrettera fortement quand elle stoppera cette activité.

*“ Avec la petite mamie de 86 ans, on s'entendait à merveille (...) Elle m'a dit : « qu'est-ce que vous m'avez fait vilaine, vous êtes partie, vous m'avez laissée ! ” ; “ Ah, j'ai dit, Louisette c'est mieux pour moi, mais vous me manquez aussi. ” Alors des fois j'y vais, je fais des oreillettes (friandises) et je vais passer un moment. ”*

Son départ sera également déploré par une famille de médecin chez laquelle elle fait le ménage du cabinet et de l'appartement, tout en gardant trois fois par semaine les enfants. *“ Au départ la femme l'a mal pris parce qu'elle m'a dit, on croyait que vous alliez rester encore dix ans chez nous. Et les enfants m'en voulait un peu aussi ”*.

Par son attitude bienveillante, sa fiabilité et la qualité de son travail, *“quand je partais, je laissais toujours les maisons impeccables”*, Simone a su se rendre indispensable. Elle participait de l'équilibre de vie de ses différents employeurs, ce qui lui convenait.

Dans son emploi d'employée de maison, sa référence en matière de qualité de travail est son propre univers domestique : *“j'ai toujours fait les autres comme chez moi”*, ce qui signifie en l'occurrence qu'elle fait au mieux, en ayant un niveau d'exigence élevé. Une visite de son domicile nous a confirmé ce point. Cette manière de faire la conduira à rompre avec une famille chez qui régnait un désordre permanent *“un chat n'y trouverait pas ses petits”*. C'est le seul endroit où elle n'arrivera pas à se sentir bien.

*“J'y allais et quand elle (la « maîtresse de maison ») partait, ce que je préférais, je me mettais dans la cuisine et je faisais à fond.”* Le rangement de Simone Alazard était remis en cause d'une fois sur l'autre, ce qui lui donnait le sentiment de ne pas avancer : *“j'avais l'impression d'avoir rien fait”*.

A ce désordre permanent s'ajoute le fait qu'elle était payée de manière irrégulière et qu'il lui fallait parfois réclamer son dû. Aussi utilisera-t-elle un subterfuge pour rompre sa prestation, elle réclamera une augmentation sensible de son tarif horaire ce qui amènera cet employeur à stopper la relation de service.

La limite principale de ce travail, au bout de trois années d'exercice, sera la fatigue physique accumulée et un salaire global qui ne dépasse pas 600 euros par mois. C'est la raison pour laquelle elle décide d'arrêter. *“Physiquement je commençais à beaucoup souffrir. Je commençais à ne plus avoir la santé physique et puis j'avais envie d'être chez moi.”*

### **L'accueil familial, un choix professionnel mûri qui cohabite avec un engagement affectif démesuré.**

Simone Alazard réfléchit une année et demie avant d'engager les démarches administratives pour avoir l'agrément qui lui permette d'accueillir une personne âgée à son domicile. Quand elle fait le pas, c'est pour mieux concilier sa vie professionnelle et sa vie familiale et s'économiser un peu plus.

*“ Tout le monde a été d’accord pour qu’on devienne famille d’accueil, pour que moi je lève le pied, pour que je sois plus chez moi, à la maison, l’esprit plus détendu et que je profite de ma propriété. Les enfants et mon mari en avaient marre de me voir courir dans tous les sens (...) J’ai tellement été en dehors de chez moi, que j’ai envie de poser mes valises.”*

Cette décision arrive, Simone nous le confiera lors du dernier entretien, au moment où ses enfants vont quitter la maison familiale pour mener leur vie d’adulte. Elle a peur du vide que cela va occasionner chez elle et dans son couple. L’accueil familial est, dans ce contexte, une forme de rempart contre son angoisse. Il lui permet de prévenir le départ de ses enfants tout en continuant “ *à faire quelque chose pour quelqu’un* ”.

*“ Hier soir on s’est retrouvé mon mari et moi. Mon fils aîné a soupé chez son amie et le plus jeune pareil. Il m’a dit, maman : “ autant je dors chez Cécilia ”. J’ai dit à mon mari : “ tu te rends compte, on commence à se retrouver plus que tous les deux. Heureusement que la vie nous habitue progressivement à ça. (...) Quand on a fait le tour de tout, que le matin on a rangé et que la veille on a tout fait : la poussière, les vitres... on se dit, bon qu’est ce que je vais faire aujourd’hui ? Et moi je suis quelqu’un qui a besoin de toujours faire quelque chose. (...) Je me dis que ça va me faire une occupation, si ce sont des mamies gentilles. On va les gérer, il faut préparer la cuisine, même si les enfants ne sont plus là. Bon, au moins, il y aura quelque chose à faire pour quelqu’un, si vous voulez. ”*

L’accueil familial permet à Simone Alazard de retrouver l’univers domestique tout en perpétuant les valeurs d’entraides et de soins qui sont au cœur de son expérience enfantine. Sa maison devient un “ *petit hôpital* ” proche du modèle familial que nous évoquerons ensuite. Dans ce contexte, elle se refuse de considérer l’activité d’accueillante comme un véritable travail.

*“ Je ne peux pas considérer ça comme un travail, parce que si on considérait ça comme un travail, on ne pourrait pas vraiment mêler trop les sentiments. J’ai du mal à le définir en fait, c’est une personne qui vit avec nous qui donne autant que ce qu’elle reçoit et je ne considère pas ça comme un travail. ”*

En dépit du fait que se soit un service payant<sup>390</sup>, les conditions et modalités d'exercice l'empêchent de considérer ce travail comme une activité professionnelle à part entière<sup>391</sup>. Très différent de son emploi d'aide soignante de nuit, il n'est pas non plus assimilable à du travail libéral. La scène de son travail est confondu avec son espace intime et la venue de ce tiers dans la vie familiale change la donne, amène à revoir l'équilibre d'ensemble. La personne âgée vivant là à demeure, l'activité ne se s'arrête jamais<sup>392</sup>. Simone Alazard doit toujours assurer une surveillance et si elle s'absente, avoir une personne relais dont le nom est inscrit dans le contrat d'accueil de départ qu'elle a du signer avec la personne âgée ou handicapée.

Lors de l'arrivée de la première personne, Simone Alazard va s'efforcer d'aménager sa maison et le rythme de vie de ses membres, *“en respectant les besoins de chacun”*. Elle prend énormément de précaution et de soin dans ce sens là car elle se sent responsable vis-à-vis de sa famille de ce choix.

*“ Ce n'est pas un projet qu'on fait comme ça. C'est une personne qui est amenée chez soi, ce qui comporte beaucoup de choses à régler, et je ne voulais pas, si vous voulez, que les miens se sentent lésés.”*

Elle va « se mettre en quatre » et aura le souci du moindre détail.

*“ J'ai géré cette pièce pour la personne qui était accueillie parce que je me suis dit, si je là mets de ce côté là (elle a une maison avec deux ailes) on va perdre notre intimité, le noyau familial parce qu'il y a la chambre de mes enfants et la mienne à côté. Puis j'ai calculé de mettre la personne à notre place dans notre chambre et nous nous mettre à part. Après je me suis dit, peut-être que mon fils sera mieux là-bas. J'ai tout calculé puis j'ai décidé que la personne viendrait là (à côté de la cuisine) parce qu'il y a un accès direct sur l'extérieur (le jardin) par une porte fenêtre coulissante... »*

---

<sup>390</sup> Simone Alazard prend environ 1 500 euros par mois et par personne en 2000, ce qui est dans la moyenne basse de son département selon les dire des assistantes-sociales du conseil général en question.

<sup>391</sup> Les droits acquis sont différents des salariés de droit privé, les familles d'accueillants qui ont vu leur activité reconnue par la loi N° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes, ne cotisent pas à l'assurance chômage, ni à une caisse de retraite. La loi visait plus à combattre les situations de gardes au noir qu'à donner une véritable statut aux accueillantes, des femmes à 96 %, dont l'âge est compris entre 40 et 60 ans. Cf : étude menée par l'IFREP, à la demande du ministère de l'emploi et de la Solidarité en 1997.

<sup>392</sup> Des clauses, dans le contrat signé avec la personne âgée, peuvent mentionner des moments ou journées dans la semaine de prise en charge de la personne accueillie par sa famille.

Malgré ce travail de préparation, son expérience professionnelle vis à vis des personnes âgées et l'adhésion de sa famille, la première expérience va être un échec. Hélène Benoit passera dix mois dans la famille de Simone Alazard, avant de rejoindre un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

*« Hélène est arrivée dans un état de forte fragilité . Elle venait de faire une chute et avait la clavicule cassée. »*

Dans son souci permanent de tout gérer toute seule, d'aller au devant des besoins des autres et de tout assumer pour le bien-être de ses proches, Simone Alazard va s'épuiser.

*“J'ai beaucoup donné de moi les trois premiers mois parce qu'il fallait gérer le stress de chacun, et je me suis sentie étouffée par tout ça. Je prenais l'angoisse des miens, l'angoisse d'Hélène mais personne ne prenait la mienne, c'était lourd. Parce que je ne voulais pas que mon mari souffre, je ne voulais pas que mes enfants en souffrent. Quand je parle de souffrir, je veux dire subir.”*

Simone Alazard va projeter des éléments de son histoire sur ce mode de garde, ce qui va la piéger et lui faire perdre une partie de son discernement.

*“ Je disais à mon jeune fils, je ne le vois pas comme quelqu'un étranger. C'est vrai c'est quelqu'un qui est rapporté à la famille mais c'est comme si tu avais pépé ou tata Andrée qui venaient vivre ici et que tu vas apprendre à connaître ”.*

Dès le moment du choix de la personne, le transfert était prévisible. Pour pouvoir continuer une histoire et combler un vide affectif, Simone Alazard a choisi une personne qui ne soit ni grabataire, ni désorientée avec comme objectif de l'accompagner jusqu'à sa mort.

*“ Il y a le choix des personnes, vous pouvez choisir quelqu'un de grabataire qui n'a plus sa tête qui ne vous ennuie pas à la limite, pour avoir le moins de souci possible, moi c'est pas le cas. Moi je choisis quelqu'un pour être là avec. Moi je disais, il m'a manqué ma mère, je n'ai pas eu cette relation avec elle parce qu'elle avait des problèmes de santé alors que j'aurai aimé. Ma mère est morte elle avait 65 ans (...) J'ai cherché quelqu'un qui soit encore bien,*

*malgré que je sache qu'il peut y avoir cette dégradation physique. Je l'aurai connu et j'en aurai bien profité si vous voulez, et on pourra suivre le processus au fur et à mesure."*

Les relations avec Hélène Benoît vont se tendre et se détériorer au fil du temps. Alors qu'elle souhaitait arriver à une cohabitation paisible, Simone va vivre des tensions, des rapports de force et l'équilibre familial va en pâtir.

*" Elle commençait à prendre pour habitude de me raconter ce qui se passait chez moi quand je n'étais pas là. L'autre jour je dis : " tiens heureusement les géraniums n'ont pas gelé, ils sont à l'abri." Elle me dit : " oui, je voulais te dire, tu sais ton mari, (à voix basse) il a arrosé les géraniums hier soir. ". " Oh, là, là , j'ai dit, arrêtez-là parce que ça ne me plaît pas... Je lui demandai une chose, elle me disait : oui-oui, puis elle allait se plaindre à ses enfants pour dire que je lui imposais des choses... "*

Au bout de six mois, la situation va devenir explosive. Son fils cadet qui occupe la chambre à côté de celle d'Hélène ne supporte plus d'entendre les critiques qu'elle fait sur sa mère à ses enfants au téléphone ou à l'infirmière qui vient chaque matin lui faire la toilette. Plus Simone est prévenante et fait des efforts pour qu'elle soit bien, plus celle-ci se montre désagréable et insatisfaite, ce qui la va mettre dans un grand état de tension. Son mari lui fera d'ailleurs remarquer qu'elle devient irascible pour un rien. Toute la famille va focaliser sur cette personne : *" c'est en parler le jour, c'est en parler la nuit. En fait ça devenait le sujet de conversation principal et on ne vivait plus. "*

Simone Alazard va se retrouver devant l'alternative suivante : *" Je commençais à ne plus la supporter. Je me suis dit il n'y a pas 36 mille solutions, soit je demande aux enfants de la mettre ailleurs, soit je prends du recul."*

Se séparer d'elle après quelques mois de garde, lui aurait donné l'impression de s'en être débarrassée. Alors elle décide de *"prendre du recul "* et se contraint à mesurer son engagement, doser son investissement envers Hélène. Elle s'oblige aussi à déléguer un peu plus de la garde à sa propre famille. Son mari s'en occupe à certains moments de la journée, lorsqu'elle a besoin de souffler ou d'avoir un peu de temps pour elle. A posteriori, Simone reconnaît qu'elle ne s'y est pas bien prise avec elle.

*“ Au lieu de donner par étape, je lui ai tout donné d’un coup, aussi bien l’amour qu’elle avait besoin, que tout l’aspect matériel. J’ai par exemple monopolisé pour elle un canapé.(...) Ça maintenant je procéderai différemment. J’ai pris du recul, je suis devenue un peu plus professionnelle.”*

Cette erreur de positionnement peut être mise en lien avec le transfert initial de sa mère envers Hélène et une propension à la possessivité, qu’elle abordera à d’autres occasions. *« Je suis très mère poule comme avec mes enfants, mon mari. J’adore donner mais j’aime bien qu’ils soient autour de moi, même si c’est pas une grande démonstration ».*

Simone passera par plusieurs étapes avant d’en arriver à la rupture avec Hélène Benoît, c’est à un processus de dé-investissement affectif que nous allons assister au fil de nos huit mois entretiens.

*“ J’ai dit, à l’assistante sociale<sup>393</sup>, pour l’instant je gère, je vais essayer d’aller jusqu’au bout, que je n’ai rien à me reprocher. Elle m’a dit “ vous n’êtes pas obligée de l’aimer ” dans le sens où elle avait compris que je me donnais à fond et que je ne pouvais limiter, me modérer. Et je lui ai dit “ voilà mon problème c’est ça, je n’arrive pas à me limiter. Mais j’ai appris, la vie vous apprend.(...) Quand j’en peux plus, je prends mes distances ”*

Simone Alazard va devoir apprendre à se comporter en « professionnelle » à son domicile. Dans ses efforts de mise à distance avec Hélène Benoît, elle va avoir comme point de repère des éléments tirés de sa propre vie professionnelle. Si dans un premier temps ce vécu ne l’a pas prémuni du risque d’une trop grande proximité, une fois qu’elle a pris conscience du problème, elle va profiter de son expérience de soignante pour réguler les relations avec elle.

*“ Un jour j’ai dit à Hélène : vous savez les gens qui sont comme vous dans une maison de retraite, qui sont agressifs, hargneux, on les met de côté parce qu’ils ne donnent pas envie qu’on s’occupe d’eux.”*

*“ Lorsque j’ai vu son deuxième fils, je lui’ai dit : “ Où je travaille, on est salarié, on nous impose des patients, on est là pour ça. En fait, ceux qui sont comme votre mère, on leur fait ce*

---

<sup>393</sup> Des assistantes sociales du département sont chargées de conseiller et de contrôler l’activité d’accueil familial et à ce titre elles rendent des visites à domicile.

*qu'il y a faire, tout ce qu'il y a à faire puis on ferme la porte. Ceux qui sont gentils ont leur fait dix fois plus. »*

Elle va prendre des résolutions, comme celle de coucher Hélène Benoît tous les soirs, à vingt et une heure trente, pour dégager du temps avec sa famille. Ce faisant, elle va appliquer une norme bien largement supérieure aux pratiques dominantes actuelles en maison de retraite, mais ce sera le point de départ d'une prise de distance avec Hélène.

*“ Au niveau du travail on fait la tournée toutes les trois heures. (...) On les change, on leur donne à boire, mais on ne discute pas trop parce que la nuit ils dorment. Mais à une certaine heure, moi je m'arrête. Je suis à l'écoute de beaucoup de personnes, je discute de leur vie, de la mienne, ils apprécient et moi aussi, mais après quand ils sont couchés, ils sont couchés. Par contre quand ils sonnent et qu'ils ont besoin, on est là. (...) Le soir, les trois quarts, sauf ceux qui marchent et qui se débrouillent, ils sont couchés quand on arrive à huit heures. Alors en fait je me comporte avec Hélène comme si j'étais sur mon lieu de travail pour ça, surtout pour la technique, pour le comportement c'est en fonction de son propre comportement. ”*

Trois mois plus tard, lors d'un nouvel entretien, la situation paraît encore plus tendue, Simone Alazard nous dira : *“ J'ai décidé d'être professionnelle. Je l'ai dit à tous les enfants d'Hélène, je n'en peux plus, je vais partir du chapeau ou je vais craquer, ça ne peut pas aller. Sachez qu'à partir de maintenant je vais avoir un comportement de professionnelle, ceci dit votre mère ne sera pas malheureuse, elle aura tout ce qu'il faut et on sera là quand il faudra ”.*

Devenir professionnelle revient dans ce cas, à adopter une attitude défensive de protection, en faisant le travail à minima avec le moins d'affect possible, en se mettant à distance pour éviter les conflits et les rapports de force...

*“ En devenant professionnelle, j'ai décidé de ne plus m'arrêter à rien. A la maison, on n'a plus parlé d'Hélène, alors qu'avant c'était le sujet principal ”.*

Cet arrangement ne tiendra pas dans la durée. Contrairement à ce qui peut se passer dans une institution pour personnes âgées où d'autres collègues peuvent prendre le relais en cas de conflits ouverts et où différentes pratiques d'évitements peuvent se développer, en accueil familial, les marges de jeu sont plus réduites. Ce qui nous sera résumé par : *“ Je suis chez moi*

*et je ne peux pas fermer la porte*”. Il va être difficile à Simone de se mettre en scène et de maintenir au quotidien une distance dans son propre espace intérieur,. Cela lui demande une constance vigilance qui l’empêche de se relâcher totalement. Elle se rend compte qu’à la moindre manifestation de sympathie de sa part, les rapports de force renaissent, les conflits repartent, les mécanismes de transfert d’Hélène Benoît prennent le dessus. C’est ce qui va la pousser à prendre la décision d’arrêter. Quand elle nous explique cette décision, ce n’est pas tant son propre état de saturation qu’elle va mettre en avant, que la peur de voir l’équilibre familial altéré. Elle dira à un des enfants d’Hélène : “ *Votre mère au point où elle en est, elle va finir par faire éclater ma famille. Votre mère, je ne l’aime plus, je ne la supporte plus* ”.

Simone Alazard donnera son préavis de trois mois à la personne âgée qui ira ensuite dans une maison de retraite. La fin de cette relation va être un cap important dans la vie de Simone. Pour la première fois depuis la séparation d’avec sa mère à l’âge de 17 ans<sup>394</sup>, elle va s’autoriser à arrêter une relation, retirer son aide, sans apparemment être trop culpabilisée. Le message familial, fortement incorporé chez Simone Alazard, qui consiste à se faire un devoir d’accueillir chez soi les faibles et les malades et de ne jamais les abandonner va être relativisé. Une fois cette décision prise, elle va s’en sentir libérée et laisser émerger des désirs, s’autoriser à profiter de petits plaisirs quotidiens, depuis longtemps oubliés.

*“ Je vis un peu plus pour moi, si j’ai envie de regarder un film, je le fais. Avant je me privais d’un film, et puis vous savez je faisais tout avant qu’elle se lève, mon aspirateur, ma vaisselle, ma salle de bain, pour être disponible pour elle. Et je me suis dit, en fait tu donnes tout de toi mais il faut rien attendre (en retour), ça c’est sûr, attention. Je me suis dit, mais en fait tu ne vis pas. Ce qui fait que maintenant, quand je veux regarder mon feuilleton par exemple ou si j’ai envie de faire la sieste et que je me lève pas avant à six heures, six heures et demie, c’est pas un problème, mon mari, mes enfants prennent le relais.(...) Je pense plus à moi. Mon fils m’a invité à aller au cinéma, ça faisait des années que je n’y étais plus allée.”*

Si l’on fait le bilan de cette expérience, on peut faire l’hypothèse, qu’après avoir projeté en Hélène une deuxième mère et cherché à combler un manque affectif, Simone Alazard a pu rejouer au travers du conflit, ses propres conflits historiques avec sa mère. En se “ *mettant en 15* ” pour Hélène, elle va ré-expérimenter des sentiments de saturation et d’étouffement

---

<sup>394</sup> Cf. le récit à propos de l’histoire familiale ci-après.

qu'elle avait vécu jadis avec sa mère. La rupture de la relation va la libérer. Le choix qu'elle opérera avec la personne suivante permettra de constater une réelle prise de distance. Elle semble avoir tiré les enseignements de cette expérience. Simone ne semble plus être à la recherche d'une mère de substitution qu'elle accompagnerait jusqu'à la fin de sa vie, ni d'une grand-mère pour ses enfants. Elle se recentre sur ce qui semble être au cœur de sa vie d'aide-soignante et de sa raison de vivre : *“ faire quelque chose pour quelqu'un ”*. Le manque affectif et le besoin de retour semblent ainsi mieux « maîtrisés ».

*“ - Au départ vous m'aviez dit, que vous ne vouliez pas prendre une personne grabataire ?  
- Voilà je voulais avoir connu quelqu'un de bien et arriver à la suivre jusqu'à la fin. Mais finalement c'est pas la généralité. Des fois je me pose des questions, peut-être il vaut mieux quelqu'un de grabataire et lui apporter tout ce qu'on peut lui apporter, la petite caresse, le petit sourire, le petit mot gentil, qui vous sourit et vous apprécie. Ça apporte plus en fait, que de supporter un caractère pareil (référence à Hélène)” (...) A midi, je lui ai donné deux cuillères de Nutella en plus de son dessert. Ah ! si vous aviez vu ses yeux, ils se sont écarquillés. Elle était ravie, avec elle je sais comment la contenter. (...) Même si je m'attends pas à recevoir beaucoup, je ne veux qu'un peu de gentillesse et c'est ce que je dis aux familles qui me téléphonent, il faut que ce soit quelqu'un de gentil, c'est tellement primordial pour moi. Il faut que ça fasse partie de la personne malgré que j'admette qu'ils aient leur petit caractère mais quelqu'un qui ne soit pas calculateur, qui n'ait pas ce caractère invivable. Prendre quelqu'un d'encore bien lui apporter à peu près tout, en profiter. Des fois je révisé un peu mon objectif. Je vois sur la famille du village à côté (en accueil familial) , il y avait une dame alitée qui ne parlait pas, elle était vraiment incompréhensible, elle lui a changé la couche, elle lui a passé la main dans les cheveux, et la dame lui a répondu par un sourire. Un sourire doux, tendre et ça veut tout dire et bien moi voilà ça me suffit, c'est ce que je recherche en fait. ”*

### **L'histoire familiale : le poids déterminant du handicap et de la maladie dans l'enfance.**

Simone Alazard a de tout temps été en contact avec la maladie mentale et physique, le handicap et la vieillesse. Elle a dû se construire avec une mère dépressive souffrant de paranoïa, un père marin largement absent les dix premières années de sa vie, un demi-frère aîné handicapé mental, tout cela dans une atmosphère régulièrement explosive avec des parents qui se déchiraient.

### *Une mère traumatisée et malade*

Elle “*souffrait de la maladie de la persécution*”. Simone Alazard parle d’une forte névrose qui trouverait son origine dans ce que sa mère juive a vécu pendant la deuxième guerre mondiale. Internée à Compiègne pour partir dans les camps nazis, sa mère doit sa vie à une intervention de la Croix rouge française qui est arrivée à la faire sortir sur la base du fait qu’elle était enceinte. L’enfant qu’elle portera, naîtra avec un handicap mental à la suite d’un traumatisme à la naissance. Simone dit de lui : “*Psychologiquement, il s’était arrêté de grandir, il était du niveau d’un enfant de 10 ans mais formé comme un adulte.*”

Sa mère perdra 21 personnes de sa famille en camp de concentration, dont son premier mari. Simone Alazard me dira qu’elle a toujours connu sa mère dépressive et qu’elle refusait de se faire soigner.

*“ Elle disait qu’elle n’avait rien. Alors c’était soit la cure de sommeil en milieu hospitalier, soit une demi-cure à la maison. Mon père a choisi de faire la demi-cure à la maison, mais elle jetait tous ses médicaments. Elle disait qu’on voulait la rendre folle. Il est bien évident qu’un problème dépressif peut se gérer. Mais si on ne gère pas, avec le temps il s’approfondit ”.*

En grandissant, Simone Alazard va se rendre pleinement compte de l’état psychique de sa mère et elle aura du mal à l’accepter. Cette image d’une mère différente des autres va générer en elle de la colère et de la honte.

*“ Je pouvais pas dire que ma mère avait un problème, parce que je ne voulais ni qu’on sache, ni entendre dire que ma mère avait un problème ”.*

Après le décès de sa mère, le souvenir des moments de cohabitations difficiles de l’adolescence s’estompent et c’est le sentiment de culpabilité qui prend le dessus. Quinze ans après sa mort, à 32 ans, Simone Alazard se reproche une certaine passivité familiale vis-à-vis de l’état de santé de sa mère.

*“ Ce qui s’est passé, c’est que on n’a pas voulu combattre ça, on a essayé de combattre, mais on ne pouvait pas lutter et en fait on a laissé faire les choses, parce qu’on en avait assez du*

*conflit, on n'arrivait pas à la raisonner. Un traitement c'était impossible, la mettre de force on ne voulait pas. On a essayé de la raisonner, au départ et pendant longtemps, mais on n'y arrivait pas et on a baissé les bras. Plus tard, moi je disais quand je parlais avec mes frères, peut-être qu'on aurait dû. Mais savoir ce qui est bien et ce qu'il faut faire en temps voulu, c'est difficile aussi. C'est toujours pareil, il n'y a pas de maison adaptée pour les gens dépressifs. Il y a soit la psychiatrie, soit l'hospitalier. Il n'y a pas de juste milieu. C'est difficile de mettre quelqu'un en psychiatrie, quand il a encore toute sa tête, qu'il a quand même un comportement normal mais qu'il fait un blocage quelque part."*

Comment aider sa propre mère quand on a manqué soi-même d'une mère ? S'autoriser à l'exprimer ouvertement, ne reviendrait-il pas à faire des reproches à une femme malade qui a énormément souffert étant jeune et qui est morte ? Pour parler de ce manque, Simone Alazard prend des chemins détournés. Elle évoque l'histoire d'une mère partie trop tôt alors qu'elle était encore jeune maman.

*"J'aurai aimé avoir ma mère qui vienne là, éplucher quatre carottes, faire un gâteau. Elle s'est occupée des enfants bébé, mais pas longtemps, donc il m'a manqué ça, quelque part dans mon histoire."*

On comprend mieux la charge affective que Simone Alazard a reportée sur Hélène lorsqu'elle l'a accueillie chez elle. Elle utilise d'ailleurs les mêmes exemples de la nourriture pour évoquer sa quête affective.

*« Je vois avec Hélène, je lui dis : « corvée de peluche des pommes de terre » (dit sur un ton jovial) et elle me répond que quand elle en a épluché une j'en ai fait quinze. Mais ça fait rien, l'important c'est de la faire participer et peut-être que c'est ça qui m'a manqué quelque part, mais il y aurait tellement de chose à dire » (silence).*

Le manque de la mère n'est pas seulement lié à sa disparition au début de sa vieillesse à l'âge de 65 ans. Il remonte à son histoire infantine et semble s'être amplifié avec l'avancée de sa maladie alors qu'elle était adolescente. Simone nous glissera d'un détour de phrase, *“ ma mère était par caractère plus femme que mère”*. Elle prend soin de rajouter immédiatement après, *“ mais on n'a jamais manqué d'amour”* pour ne pas laisser apparaître le moindre reproche. Pourtant la carence est là, bien visible, malgré ses efforts pour l'atténuer,

la dissimuler, la combler un peu. Simone abordera encore une fois de manière indirecte cette carence de la mère, lorsqu'elle nous dira que ses deux frères aînés sont partis tôt de la maison pour vivre avec des femmes de vingt ans de plus qu'eux. Elle fera l'hypothèse suivante : *“ ils devaient chercher la mère ”*.

Lorsqu'elle évoque la force de son union avec son mari, au travers des fortes valeurs familiales qu'ils partagent, elle fait le lien entre une carence affective qu'a subi son mari dans la petite enfance et ce désir de reconstruction familiale. On voit bien alors, qu'elle parle aussi d'elle.

*“ Moi je suis très famille, mon mari aussi il a perdu sa mère, il avait 18 mois. Il a été élevé par les tantes et les oncles parce que son père travaillait beaucoup, il travaillait à la SNCF et il se sentait pas de l'élever tout seul. Donc il a demandé au tribunal de nommer une tutelle et si vous voulez, pour mon mari aussi, sa famille c'est très important. Sa femme et ses enfants, il ne faut pas y toucher. On s'est bien trouvé. On fête vingt six ans de mariage cette année, on fait un noyau familial très resserré.”*

Simone Alazard a vécu au sein d'une famille de cinq enfants et a perdu sa mère à l'âge adulte. Son mari lui, a perdu la sienne très jeune et il était enfant unique. Les histoires sont différentes mais ce qui les rapproche et les unit tous deux *“ depuis 26 ans ”* qu'ils vivent ensemble, c'est l'expérience commune d'une carence parentale. Ils n'ont pas vécu dans un noyau familial stable qu'ils se sont efforcés ensuite de bâtir sur la base de leur histoire de couple.

### ***Un père présent et absent à la fois.***

Les 10 premières années de sa vie, Simone voit peu son père du fait de son métier de marin : *“ Tant qu'il a navigué, c'est ma mère qui s'occupait de tout, elle a eu énormément à faire ”*. Lorsqu'il arrête ce travail, il y a cinq enfants à la maison, quatre garçons et elle, placée à l'avant dernière position dans la fratrie. Cette absence répétée semble avoir contribué à l'idéalisation de son père. *“ Longtemps je mettais mon père sur un piédestal.”* Simone aura un lien très fort avec lui qui semble s'être renforcé à l'adolescence, à un moment de crise ouverte avec sa mère. Elle va se rapprocher de lui pour se construire.

*“ J’ai toujours été très proche de mon père, de ma mère aussi mais c’était différent, on ne pouvait pas dialoguer. Il y avait des confidences que je faisais à mon père que je ne faisais pas à ma mère, parce que tout de suite c’était, qu’il fallait me marier avec untel et untel. Mon père il voulait que je profite. ”*

Son père nous sera décrit comme une personne très mobile professionnellement.

*« Quand il a arrêté de naviguer, il a eu un taxi, puis il a été ambulancier, il a changé pas mal de boulots, mais toujours dans ce style là et on suivait ”.*

Son besoin de liberté, de « travailler à l’extérieur », en menant sa vie comme elle l’entend, Simone semble l’avoir puisé dans le modèle du père. Il semble aussi être instable affectivement, ce que nous suggérera Simone à demi-mot.

*« Je savais que mon père c’est pas un saint non plus, ça n’a jamais été un saint. Il y a des moments où c’était pas évident. Des fois ma mère n’a pas été heureuse par rapport à son comportement. Il a fait des choses qui n’ont pas arrangé son état de santé. »*

### ***Un couple parental vivant selon un modèle passionnel.***

Ses parents semblent avoir vécu une histoire passionnelle. Ils se sont aimés avec “ un grand A ” nous dira Simone. Les cris et les empoignades étaient fréquents à la maison, ce qui l’a fortement marquée. A la fin de nos entretiens, Simone Alazard nous avouera combien l’atmosphère qui régnait entre ses parents lui a pesé.

*“ Ma mère était jalouse, mais c’était maladif et ça créait des tensions. Ça prenait des proportions et des fois c’était invivable, ça finissait en disputes et nous on était là au milieu (...) J’ai souffert de ça quand j’étais jeune, énorme. (...) J’ai connu ça (les disputes), mais j’aime pas ça et mon mari, si vous voulez, il est un calme et il n’aime pas ça non plus. Chez nous, on est à l’écoute, il y a de l’affection ”*

Ce sera l’un des rares moments où Simone exprimera sa souffrance au travers d’une critique ouverte faite à ses parents. Elle a bâti sa relation conjugale sur un mode qui semble plus

réfléchi et construit où l'affection et l'attention portée à l'autre jouent une grande place, ce qui ne va pas sans une certaine aliénation, comme nous le verrons plus loin.

### *L'acceptation d'un frère handicapé*

Le fait d'avoir un demi-frère handicapé marquera profondément la vie de Simone. Elle s'est occupée de cet aîné jusqu'à son décès<sup>395</sup>. Le prendre en charge lui est devenu très tôt "naturel". "*Lui faire la toilette, c'était comme faire la toilette aux miens petits*" nous confirait-elle. Et son père disait à sa mère, lorsque celle-ci était en colère contre sa fille : "*C'est quand même une fille qui a mûri très tôt, elle s'est occupée de son frère à 13-14 ans, elle le prenait, le mettait à la douche. Elle s'est aussi occupée de la grand-mère...*".

Ces temps consacrés aux autres seront déterminants pour sa vie professionnelle mais aussi familiale. Simone se considéra adulte comme la clef de voûte de tout l'édifice familial, nous y reviendrons. Ce dévouement se fera au prix d'une partie de son enfance et de son adolescence. Elle se consacre à aider les siens, à palier les handicaps physiques ou mentaux et participe activement à l'organisation et la gestion domestique quotidienne, ce qui passe, comme chez Marie-Laure Orrizo, par un certain enfermement. Elle ne recevait pas d'ami(e)s à la maison, son frère ayant des réactions imprévisibles comme se déshabiller subitement en présence d'une tierce personne... Elle est très attachée à lui, ce qui ne l'empêche pas de lui en vouloir même si (ou surtout si) elle s'interdit de le dire explicitement. Elle nous parlera de son malaise, devant la difficulté des étrangers à comprendre ce que son frère disait quand il parlait et ce qu'il lui en coûtait de traduire ce qu'il disait. Ce qui la révoltait au plus haut point, c'était le regard des autres envers son frère handicapé lorsqu'elle se promenait avec lui dans la rue et que les passants se retournaient à leurs passages. Au fil des ans, l'état du frère va s'aggraver, il va s'échapper et fuguer régulièrement. Ses parents, qui se sont toujours violemment opposés à un placement en institut psychiatrique, vont partir vivre à la campagne pour qu'il reste avec eux, tout en le tenant attaché.

*" Il avait une ceinture à la taille, c'est dur à entendre, mais si mes parents n'avaient pas fait ça, il serait mort 20 ans plus tôt. Parce qu'un jour il est parti, il a fait une fugue de l'hôpital où il était et il s'est fait écraser, il n'a pas eu la surveillance qu'il fallait. "*

---

<sup>395</sup> Il décédera renversé par une voiture. Simone Alazard est alors mariée et a un enfant.

Jeune mariée, Simone constate que la santé mentale de sa mère s'aggrave au point où elle ne va plus être en mesure de s'occuper correctement de son fils handicapé. Elle nous relate l'incident suivant :

“- *Un jour, je vois arriver ma mère seule chez moi. Je lui demande :*

- *Où tu as mis Julien (le frère handicapé) ?*

- *Je l'ai laissé à la maison ,*

- *Comment ça ?*

- *Mais il ne risque rien, je lui ai laissé à manger pour trois jours, et il est attaché .*

- *Mais enfin Maman, on ne fait pas des choses comme ça , ça ne se fait pas !*

- *Mais il n'est pas malheureux.*

*On est monté avec mon mari, et je lui ai dit : « Ecoutes, reste là, reste tranquille, je vais monter là bas. » Oh, je me suis mise à pleurer quand je l'ai vu, mais c'était, comment vous dire, une peine profonde. Il s'était entouré la chaîne, tellement entouré qu'il avait presque plus rien pour bouger. Alors je l'ai détaché, je lui ai donné la douche, je lui ai donné à manger, je l'ai ramené avec nous. Il y a eu une réunion de frères et sœur, et on a dit, qu'on ne pouvait pas laisser les choses comme ça. Mon deuxième frère Paul voulait le prendre. Moi j'ai dit, “ tu travailles, tu es tout seul, comment tu vas faire ? ” Je voulais à l'époque, avec la pension et l'allocation tierce personne de mon frère, louer une villa avec un étage pour le garder avec nous toute la journée et le soir le mettre dans sa chambre en haut pour qu'il ne puisse pas sortir. Je m'en serais occupée la journée et mon mari était d'accord. Mon frère Paul n'a pas voulu, il a dit, “ non, tu es mariée, tu as des enfants, tu ne dois pas vivre comme ça ”. Donc il l'a pris avec lui et il m'a dit : “ si tu veux garder maman, gardes maman, moi je vais garder Julien”. Donc quand il allait travailler la journée, il faisait le taxi, il l'enfermait dans sa chambre et il venait le voir régulièrement. Il avait mis un cadenas aux volets, il croisait le volet et il fermait sa chambre à clé. Mais c'était pas une vie non plus. Alors il est allé voir un grand hôpital près de chez lui, en disant : « Voilà, j'ai un problème avec mon frère, il est comme ça et comme ça, mais on ne veut pas le mettre en psychiatrie. » Alors ils lui ont dit, laissez-nous le. C'était en neurologie, il venait de concevoir des chambres avec un jardin clôturé.”*

Il s'échappera par deux fois de l'établissement et la deuxième fois lui sera fatale. Il se fera accrocher par une voiture et succombera de ses blessures à l'hôpital. Comme pour sa mère,

Simone Alazard ressentira un fort sentiment de culpabilité qui s'exprimera avec force après le décès.

*“ Quand il est mort ça a été une énorme peine. Je disais à mon père, peuchère, dire qu'il a été attaché. Je culpabilisais, même si ce n'est pas moi principalement qui l'avais attaché. Mon père me disait : “ mais Simone, arrête, il serait mort 20 ans plus tôt sinon ; on lui a donné 20 ans de vie ”. Bon alors, je me suis apaisée. Mais j'ai fait des cauchemars longtemps, jusqu'à ce que je tombe enceinte de Vincent<sup>396</sup>. En fait, psychologiquement il y a eu la coupure d'un coup, mais j'ai fait des cauchemars énormes, énormes, inimaginables avant. ”*

### **L'apprentissage sexué des rôles sociaux.**

Simone Alazard ne semble pas avoir vécu dans une famille où la répartition sexuelle des rôles domestiques était totalement séparé. Elle tient à souligner que son *“ père cuisinait, aussi bien qu'il faisait le ménage ou qu'il lingeait les enfants”*. Pour autant, son enfance est fortement marquée par un modèle éducatif traditionnel. Elle a passé beaucoup de temps à aider sa mère et elle n'a pas joui de la même liberté de mouvement que ses autres frères.

A 16 ans, à leur divorce, elle s'est retrouvée chez sa mère dépressive, avec son demi-frère handicapé. Ses deux frères aînés avaient déjà quitté le domicile familial et le plus jeune frère d'entre eux, était allé vivre chez son père. Elle passe alors ses journées confinée à la maison, à faire le travail domestique et à s'occuper de son frère handicapé. Elle se dispute régulièrement avec sa mère qui lui refuse toute sortie avec ses copines. Déterminée à ne pas se laisser enfermer ainsi, elle sort malgré tout, ce qui lui vaudra de dormir plusieurs fois dehors, sa mère refusant de lui ouvrir la porte lors de ses retours nocturnes. La situation globale devenant intenable, à 17 ans, sur les conseils de son père, Simone se fera émanciper. Elle va vivre chez son deuxième frère, facteur, de trois ans son aîné, jusqu'à son mariage, en 1974 à l'âge de 21 ans. C'est de manière détournée que nous devinerons son état de saturation.

*“ Je lui dis ( à un fils d'Hélène Benoit) : “Votre mère vous a poussé dans un état tel que vous aviez cette agressivité qu'on ne connaissait pas chez vous ”. (...) “ Je comprends que vous ne lui disiez pas, c'est votre mère, c'est pour ça que je vous dis je comprends, je suis passée par là avant vous.”*

---

<sup>396</sup> Elle a alors 30 ans.

Simone a un tempérament déterminé et bien tranché. Elle a du composer avec le modèle éducatif normatif de sa mère. Tant que les demandes de sa fille ne heurtent pas l'avenir qu'elle projette sur sa fille, elle essaie d'y répondre. *“ Quand j'ai eu l'âge, j'ai passé le permis de conduire au même titre que les garçons et quand je voulais quelque chose, si elle pouvait, elle me l'achetait, comme quand j'ai voulu une machine à tricoter.”* Mais ce dont rêve sa mère pour elle, c'est de la voir mariée à un médecin juif<sup>397</sup> ce qui la révolte au plus haut point.

En matière scolaire, alors que les attentes parentales, ne semblent pas être très fortes à son égard, des interdits lui seront signifiés. Elle ne pourra pas faire valoir ses souhaits. Ses parents vont lui refuser, à deux reprises, l'accès à des formations. Pour le métier d'infirmière, *“ ils m'ont dit non, (parce) qu'ils ne voulaient pas que je m'occupe de veilles personnes ou de malades ”*. Quant au métier de coiffeuse, il lui sera répondu que la formation et l'équipement sont trop chers. Mais la véritable raison de ce refus semble résider ailleurs. C'est aux yeux de sa mère, un milieu peu fréquentable. Son père semble aujourd'hui regretter ces partis-pris : *“ Mon père dit toujours, je regrette de ne pas t'avoir laissée faire ce que tu voulais ”*. Une fois posés les interdits, l'orientation professionnelle de Simone semble être plus le fruit du hasard que d'une véritable détermination parentale.

*“ J'ai tout commencé et je n'ai rien fini. Le plus qui m'importait c'était de faire la coiffeuse, mes parents n'ont pas voulu. J'ai bataillé pendant longtemps, c'était pas possible, et puis après faire quoi ? Après je suis allée travailler étant donné que j'avais passé l'âge de rentrer dans les écoles ”*.

En fait, le travail domestique et la vie de famille lui laisseront peu de place pour s'investir dans les études générales ou professionnelles.

*“ Je me rappelle pas qu'ils (mes parents) aient voulu que je fasse vraiment des études. Ils ne m'ont pas obligée à faire des études, parce qu'on a grandi quand même dans un contexte qui était assez particulier par rapport à mon frère handicapé, mes grands parents qui avaient des problèmes de santé et tout ”*.

---

<sup>397</sup> Son père - communiste, catholique non pratiquant - ne partageait pas le désir de la mère et affirmait qu'il fallait laisser sa fille choisir, *“ elle se mariera avec qui elle voudra, disait-il à ma mère ”*

A propos du lycée professionnel, Simone nous dira : “ *En secrétariat, il n’y avait plus de place, donc on m’a mis en couture* ”. A partir de là, elle devient le témoin passif de ses propres études qu’elle n’achèvera d’ailleurs pas. Elle les interrompt pour suivre ses parents chaque fois qu’ils déménagent.

“ *Comme j’étais la seule fille au milieu de cinq garçons, on n’a jamais voulu me laisser toute seule.*”

Ce constat est empreint d’une certaine fatalité. Après son certificat d’étude, ses parents l’ont inscrite à un collège d’enseignement technique, près de chez eux, pour y apprendre la couture. Elle quitte cette formation pour les suivre à la campagne pendant deux ans pour permettre à son frère handicapé de vivre dans une maison. Lorsqu’ils reviennent s’installer en ville, elle reprendra un cursus dans une école privée d’esthétique. Là encore, elle ne finira pas sa formation car ses parents divorcent. Elle part vivre avec sa mère, à vingt cinq kilomètres de là.

Simone Alazard entrera directement dans le monde du travail, sans diplôme. Elle commencera sa vie professionnelle par une série de petits boulots : caissière, factrice pour des remplacements, employée de maison, ouvrière de conditionnement... Cet itinéraire scolaire inachevé lui laissera au fil des ans un goût amer : “ *Je disais, des fois quand je parle avec mon père, j’ai tout fait, j’ai rien fait, j’ai tout fait et j’ai aucun diplôme.* ”

Ce parcours en pointillé constituera pour elle un handicap en même tant que son tempérament lui donnera l’énergie pour aller de l’avant en quête d’une certaine revanche sociale et d’une reconnaissance sociale.

### **Le fil rouge du don de soi et des valeurs d’entraide familiale**

Simone Alazard nous est apparue au premier abord, comme une personne remplie d’énergie et de détermination. Lorsqu’elle évoque les tensions et conflits avec ses parents c’est, nous l’avons dit, de manière succincte ou indirecte. Elle préfère montrer ce qui la relie à l’histoire familiale et exprimer sa fidélité aux valeurs d’entraide et de générosité qui lui ont été transmises. Elle évoque l’accueil successif durant son enfance d’une grand-mère, d’un grand oncle puis d’une tante au domicile familial.

*“ Mon grand oncle du côté de ma mère, ses enfants ne le voulaient pas, ils l’avaient placé dans une sorte de famille d’accueil, pas déclaré à l’époque, qui n’était pas loin de chez nous. Et il était dans un lit toute la journée, ils ne s’en occupaient pas correctement. Un jour mon père a dit à ma mère : “ on le prend David, peuchère, il est gentil et d’être comme ça”, et on l’a pris. Après il a eu un problème circulatoire à la jambe, on la lui a coupé et il n’a pas survécu à ça. ”*

On peut noter l’usage du “on” dans l’expression “on l’a pris” qui marque son adhésion à l’initiative familiale. Simone poursuit son récit, en caractérisant de manière imagée la générosité de ses parents :

*“ Vous savez c’était un petit peu l’hôpital à la maison. Il y a des gens qui recueillent le petit chat malade, l’oiseau tombé du nid, et bien chez nous c’était la même chose avec des personnes en grandeur nature... mais il y avait rien de taciturne. Si quelque part on souffrait, c’était une famille gaie. Je pense qu’on a soigné chez nous, comme dans une autre maison on va rapporter les animaux malades. ”*

Simone a inscrit sa vie dans ce mouvement d’entraide. Elle s’est efforcée de prendre soin des autres, de tout faire pour ne pas laisser les siens dans une institution, ne pas les abandonner.

*“ On a été élevé dans le respect des choses, dans le respect des gens, s’occuper des vieux de la famille, pas les laisser tomber, ma mère a posé des problèmes, on s’en est occupé.”*

Ce dont Simone Alazard a moins conscience par contre c’est du coût psychique d’une vie consacrée aux autres et les étapes par lesquelles elle a du passer pour incorporer ces valeurs qui lui paraissent aujourd’hui si “ naturelles ”. Le fait de prendre soin des autres s’est inscrit tôt dans sa vie, trop tôt peut-être, lui volant une partie de son enfance... Ces valeurs s’affirment de façon si prégnantes et si impérieuses, que Simone serait presque tentée d’en expliquer l’origine en faisant appel à une interprétation naturaliste voir métaphysique. Ce qu’elle nous évoque, sur le ton de la plaisanterie quand elle nous dit : “ (s’occuper des autres) ça devait être dans les gènes ” ou une autre fois, “ ça doit être une vocation ”.

Au delà de son métier d'aide-soignante, les valeurs de générosité et d'entraide sont devenues pour elle une manière de vivre. Le besoin de nourrir l'autre est toujours omniprésent. Simone se sent une mère nourricière vis à vis de sa famille.

*“ J'ai ce besoin de vouloir, donner, faire. Je tiens ça aussi de ma mère. Quand ma mère faisait des pâtisseries, il y en avait pour un voisin, pour le deuxième, pour le troisième et je suis comme ça en fait, ça fait partie de mes racines, de la manière dont j'ai été élevée, c'est comme ça. ”*

*“ Je voudrais savoir pourquoi je suis comme ça, cet état de fait de faire pour quelqu'un de donner pour quelqu'un. J'ai ce besoin. Je vois mes enfants qui grandissent par exemple, je suis très cuisine très gâteaux et je sens que mes petits, ils vont me lâcher et bon il va me manquer cet état. Le mien, (mon fils) il me dit, tu me donneras les recettes (de cuisine). (rire) Moi je dis non, je ne te les donne pas, tu viendras les manger à la maison. De ce côté là, je suis quand même débordante. Je suis comme ça, et arriver à déterminer pourquoi j'ai ce besoin d'exister, c'est dur à trouver. ”*

On voit ici l'ambivalence des sentiments et comportements de Simone. Il s'agit d'aider l'autre mais aussi de faire en sorte qu'il reste toujours un peu dépendant ou redevable de soi, pour qu'il ne vous échappe pas. Le besoin d'exister est confondu avec celui de faire pour l'autre. L'autre devient le prolongement de soi-même que l'on défend et que l'on protège pour le garder en son sein, pour ne pas le perdre de vue. La vie de Simone Alazard est organisée autour de cette quête farouche. Elle est prête à mettre toute son énergie pour rester maître de cet édifice : *“ Je donnerai tout de moi, mais les miens il faut pas y toucher ”*.

### **Une « maîtresse femme » pilier de famille.**

Si Simone est prête à donner sans compter pour l'autre, elle agit de manière à rester le point d'appui sur lequel les autres se reposent. C'est par exemple chez elle que tout le monde se réunit chaque année pour la Noël. Elle nous avoue que c'est très fatiguant, qu'elle souhaiterait passer la main aux frères, mais elle n'y arrive pas.

*“ Je suis toujours un peu le pilier de la famille et aussi de ma propre famille, de par mon caractère ou mon tempérament. Mais c'est un besoin chez moi, je recherche ça. Je ne sais pas*

*si j'aurai aimé avoir un mari qui s'occupe de tout, qui me chapeaute et qui me couve, peut-être que je n'aurai pas aimé. ”*

Simone Alazard s'est dévouée très tôt aux tâches domestiques et a été mise en position d'adulte dès l'enfance. Elle s'est positionnée au centre de l'édifice familial et a trouvé un bénéfice secondaire à cette situation en devenant le référent, la confidente, la personne incontournable de la famille. C'est le moyen qu'elle a trouvé pour se sentir reconnue et aimée. Par sa force et son énergie, Simone va affirmer cette manière d'être au monde à sa famille. Cela va se matérialiser dans ses choix de couple.

*“ Après la grave maladie de mon mari, j'ai préféré, on en avait discuté avec mon médecin de famille, qu'il soit mis en invalidité définitive pour qu'il vive plus calmement, qu'il fasse son train. On en a beaucoup parlé avec mon mari et si vous voulez ça me gêne pas qu'il n'aille pas travailler. Lui ce qu'il a eu au départ, il se sentait gêné de ne pas pouvoir travailler parce que quelque part ça lui manquait. Mais comme il avait le dérivatif du jardin de toujours. Bon il l'ont mis en deuxième catégorie d'entrée, mais si on l'avait mis en première catégorie, je lui avais dit : « tu vas gagner peut-être deux mille francs par mois, et tu vas perdre tout ça dans les frais des allers et retours. Je préfère t'avoir là à la maison que tu m'aides moi, que tu fasses ce que tu as à faire et partir travailler tranquille. » (...) Je lui ai fait comprendre que pour moi c'était pas un problème, c'était pas parce que c'était moi qui rapportais le plus d'argent qu'il y en avait un qui valait plus que l'autre. Il a toujours su, je lui ai toujours dit, le portefeuille, il est en commun. C'est pas qui rapporte plus que l'autre. ”*

C'est sur ces bases – d'un renversement des normes sociales traditionnelles où le mari travaille et la femme reste à la maison - que Simone Alazard travaille pour deux, en menant de front deux emplois, accueillante familiale le jour et aide-soignante la nuit, treize nuits par mois. Elle consacre sa vie à aider les autres, entourée par son mari et ses deux fils qui l'accompagnent et la confortent dans ce choix.

Nous souhaiterions terminer ce récit par une réflexion qu'amorce Nathalie Sarthou-Lajus<sup>398</sup> qui reprend la pensée de Lévinas sur le don des mères et fait apparaître une limite à un tel

---

<sup>398</sup> Sarthou-Lajus, 1997, p. 51.

don. Son questionnement traverse la problématique de vie de Simone et de bien d'autres des mères, soignantes.

*« Par son don (de donner la vie), la mère accroît ainsi son être. Elle trouve plus de plaisir à aimer qu'à être aimé, car le fait d'aimer la rend plus active, lui donne le sentiment d'être pleinement créative, elle se grandit en multipliant ses possibilités. Mais il y a dans l'inspiration du sujet lévinassien un risque de folie. L'obsession d'autrui, qui maintient le sujet dans une tension hors de lui-même, n'exprime-t-elle pas l'impossibilité de se résoudre à une séparation inéluctable ? Le refus de restreindre sa responsabilité à l'endroit de l'autre n'est-il pas une négation de ses limites ? »*

## Conclusion générale

Les processus d'exclusion des personnes âgées peuvent se lire au travers d'une focalisation de notre société sur la vieillesse malade et dépendante. Elle a comme corollaire la puissance du corps médical à les traiter, réduisant trop souvent les individus à des corps malades ou handicapés. L'angoisse de la vieillesse et de la mort se codent dans des discours alarmistes, nous promettant une société de vieux « dépendants » déments et grabataires. Au journal de vingt heures, le 20 juin 2004, sur antenne 2, nous entendrions le présentateur nous alerter d'un risque « *d'épidémie d'Alzheimer* » pour les toutes prochaines années, si la recherche médicale n'arrive pas à identifier les causes de ce fléau. Notre société renouerait-elle avec les grandes peurs ancestrales liées aux épidémies dévastatrices de peste ou de choléra ? Si cette maladie ne s'apparente en rien à une épidémie, la peur de vieillir qui se manifeste avec elle, semble par contre, bien « contagieuse ».

Lorsqu'ils sont en établissement d'hébergement, les personnels médicaux et soignants « prennent en charge » des vieux « dépendants » ou déments. Les médecins, qui ont besoin d'une objectivité sur laquelle s'adosser pour légitimer leurs diagnostics et leurs actes, s'appuient sur des outils de classifications, tests<sup>399</sup> ou grilles, qui permettent *in fine* d'édifier des normes et d'étiqueter les individus âgés. AGGIR est l'un d'eux. Il a cependant un statut particulier puisqu'il a été pensé en institution comme un mode de répartition et de classement des personnes âgées et qu'il est devenu un outil d'évaluation de la dépendance, au service du politique et du médical. Avec l'image du « dépendant », le pouvoir médical et gériatrique ont construit « *une science dont le résultat paradoxal a été d'inventer un malade à l'image des paramètres utilisés pour le définir* »<sup>400</sup>. La dépendance est aujourd'hui une terminologie qui regroupe ceux que l'on range dans la catégorie du « quatrième âge », c'est à dire ceux que l'on ne veut plus voir, qui deviennent une charge pour la société. La dépendance est pensée comme une donnée inéluctable qui va de pair avec l'idée de l'involution de la vieillesse. Cette vision médicale permet d'occulter l'hétérogénéité des situations socio-économiques des personnes.

---

<sup>399</sup> Le mini-mental stade Examination de Folstein est le test le plus utilisé pour apprécier le déficit intellectuel, viennent ensuite le clinical dementia rating ou échelle d'évaluation de la démence... Cf. Pellissier, 2003, p 98.

<sup>400</sup> Propos du psychiatre Franco Basaglia, à propos des déments en institution. Cf. Basaglia, 1970.

On retrouve, au sein des établissements d'hébergement, de manière caricaturée, la violence symbolique que la société fait subir aux personnes âgées que ces dernières perpétuent parfois elles-mêmes, en stigmatisant plus vieux, plus malades ou plus handicapés qu'eux, tant elles ont pu incorporer les mécanismes d'exclusion et de rejet de l'autre. Les conditions objectives et subjectives d'un tel dépassement de perspectives ne semblent pas effectives. Pour apaiser notre angoisse ou mauvaise conscience, on construit ou rénove des établissements d'hébergement adaptés, sécurisés et confortables. Les politiques de la vieillesse étaient pensées au milieu du XX<sup>e</sup> siècle comme des modes de compensations pour que les personnes âgées ne subissent pas la pauvreté, elles sont aujourd'hui davantage orientées sur la question de l'autonomie en complément du système de soin de la Sécurité Sociale. Même si la dépendance est parfois jugée coûteuse, c'est dans un discours de solidarité nationale qu'elle s'inscrit. En contre partie de quoi, on demande aux personnes âgées de se taire, ne pas faire parler d'elles, de se tenir éloigner du reste de la société. Lorsqu'elles sont à leur domicile, on leur demande d'apprendre à vivre avec leurs maladies, leurs handicaps, bref à être le plus autonome possible, en se gérant elles-mêmes. La promotion d'une autonomie sur-valorisée, prend ici un caractère normatif et idéologique. En établissement gérontologique, c'est l'inverse qui se produit. L'organisation interne contribue à une prise en charge dépossédante des personnes-âgés qui finissent par devenir des individus assujettis.

Qu'ils soient au domicile ou en établissements, les vieux « dépendants » vont connaître les processus d'exclusion. Ils s'apparentent pour ceux qui sont en structure d'hébergement à de la réclusion. Il ne s'agit pas tant d'être mis dehors, mais d'être enfermé dans un dedans qu'ils ne vont plus quitter, isolés du reste de la société, des autres générations. Le débat n'est pas : faut-il développer les institutions d'hébergement pour personnes âgées ou non ? Les individus préfèrent dans leur écrasante majorité vivre leur vieillesse « chez eux »<sup>401</sup>. La question se pose lorsqu'ils n'arrivent plus, seul ou avec l'aide de leur famille ou de leurs proches, à s'y maintenir, sans trop de « risque »<sup>402</sup>. Que leur proposent aujourd'hui les structures

---

<sup>401</sup> La question des lieux de vie et modes de vie des personnes très âgées qui ont besoin d'aide au quotidien est un enjeu de société que ce travail de recherche pose en filigrane, même s'il ne le traite pas directement. A côté du débat sur un placement en institution ou un maintien au domicile se développent des solutions hybrides comme les accueils de jour en institution qui évitent le déracinement aux personnes âgées et permettent aux proches de souffler un peu, ces alternatives sont pour l'instant embryonnaires. A côté de l'aide professionnalisée, l'aide aux aidants, toujours majoritaire, est cruciale mais la réflexion est à ce jour peu développée en France. Il s'agit là encore d'un travail qui incombe principalement aux femmes dont le coût économique est rendu invisible.

<sup>402</sup> Le « risque », une notion qu'il faut manier avec prudence, elle peut servir de faire valoir pour justifier un placement.

d'hébergement ? Des espaces où ils sont globalement, mieux nourris, mieux soignés, mieux logés que du temps des hospices<sup>403</sup>. Pour autant, les vieux sont toujours délaissés et mis à l'écart, peut-être même plus qu'avant. La promiscuité des dortoirs se substituant à l'isolement des chambres dans un environnement architectural tendanciellement plus agréable et confortable qu'avant. Mais ces espaces sont toujours des lieux de relégation qui protègent la société de la vue des mourants. Sommes-nous prêts à reconnaître la violence qui leur est faite ? C'est un préalable indispensable pour repenser ces établissements d'hébergement dans la cité et non à ses marges. Cette situation d'exclusion conduit à faire des personnes âgées en institution, des pensionnaires reclus et disciplinés, adaptés à leur nouvel environnement. Et s'ils ne s'y conforment pas, le personnel soignant ou médical est là pour le leur rappeler.

A l'articulation du soin et de la surveillance, l'institution va demander aux aides-soignantes d'être en « première ligne » pour s'occuper des corps des personnes âgées, tout en surveillant leurs attitudes et leurs comportements. Comme les éducateurs de rue dans le travail social, les aides-soignants sont des salariées du front. C'est un travail pénible et peu valorisé qui doit rester discret et si possible invisible comme tous les autres emplois de service aux personnes dites peu qualifiées et effectués massivement par des femmes.

La notion de « service à la personne » qui tend à se développer dans les établissements gérontologique, comme dans l'ensemble du secteur tertiaire, va d'une certaine manière concurrencer la notion de soin ou du moins contribuer à la vider de sa portée éthique. L'enjeu de cette substitution va être de normaliser les relations des soignants avec les personnes âgées et d'enserrer leur travail dans un univers le plus prédictif possible, composé de tâches identifiées dans des espaces-temps pré-définis. Quant la hiérarchie soignante le jugera nécessaire, les aides-soignantes changeront de service ou d'étage pour éviter toutes relations d'emprise ou de possessivité avec les personnes âgées. Afin d'éviter d'éventuels abus, des initiatives sont prises pour casser les relations inter-subjectives qui peuvent se créer. Les cadences des toilettes du matin vont aussi avoir pour effet de rendre difficile toute personnalisation des relations. Elles vont amener le personnel à routiniser ses pratiques, ses gestes, comme ses paroles. Elles vont engendrer des formes de violence intersubjectives, ramener les relations à un donnant-donnant infantilisant, favoriser des pratiques de chantage... A contre courant de cette forme de rationalisation de l'activité, des formations existent pour

---

<sup>403</sup> Des espaces marqués par des niveaux de qualité de service ou de standing différant selon les structures et les natures d'établissement.

permettre aux soignants d'approfondir la relation avec la personne souffrante ou l'accompagner durant sa fin de vie. Lorsqu'elles pénètrent les établissements d'hébergements pour personnes âgées, ces formations ont trop souvent tendance à se surajouter à l'organisation en place et au travail existant. Elles apparaissent comme des suppléments d'âme dans un univers largement déshumanisant.

Les aides-soignantes sont victimes des processus de rationalisation instrumentale qui envahissent leur travail et qu'elles perpétuent d'une certaine manière vis à vis des personnes dont elles ont la charge, véhiculant ainsi une certaine violence. Ceci peut être renforcé, par le fait que ces personnes âgées sont aussi victimes de processus d'exclusion au sein de notre société. Nous avons déjà montré dans cette recherche le phénomène de réversibilité des rôles à propos des mécanismes de contrôle et de surveillance qui peuvent devenir des moyens puissants du contrôle du travail du personnel. Quand les liens inter-sujeatifs s'effondrent, la réification s'accroît, affectant les deux termes de la relation. Mais les processus d'assignation ne se construisent pas n'importe comment, ils respectent l'ordre des rapports sociaux et croisent, dans le cas présent, les processus d'exclusion des personnes âgées avec les rapports sociaux de genre<sup>404</sup>.

La tendance globale est à la médicalisation des actes, technicisation des gestes et des paroles qui les accompagnent. Les aides-soignantes n'échappent pas à cette sur-valorisation du « cure » mais elles n'ont pas grand chose à y gagner, positionnées au bas de l'échelle des soignantes, en position de subordination. Elles sont, comme nous le disions en introduction, dans ce que Hugues appelle le « dirty-work », le sale boulot, mais un « sale boulot absolu »<sup>405</sup>, aux prises avec les déjections humaines, riviées aux tâches les plus ingrates qui leur échoient par délégation du travail de l'infirmier<sup>406</sup>. Si elles sortent de leurs places de personnel d'exécution, reléguées auprès des vieilles personnes, si elles mettent en avant leurs savoirs issus du contact intime et quotidien avec les individus, pour signaler une évolution de santé par exemple, alors elles ont de fortes chances de ne pas être entendues. Leur sens de l'observation, au cœur de leur professionnalité, est suspecté parce qu'issu de savoirs profanes<sup>407</sup> liés à leurs expériences professionnelles et/ou à des savoirs socialement acquis.

---

<sup>404</sup> Nous employons le terme de rapport social pour indiquer qu'il s'agit bien d'un rapport de pouvoir qui s'inscrit dans une vision globale du social pris dans une perspective dynamique. Cf. Kergoat, 1992.

<sup>405</sup> Cf. Arborio, 2001.

<sup>406</sup> Cf. Hugues, 1984, pp 283-297.

<sup>407</sup> Cf. Arborio, 1996, pp.87-106.

Leurs avis sont mis de côté dès lors qu'ils perturbent l'ordre institutionnel en vigueur ou qu'ils prennent place à l'intérieur d'un savoir soignant médical à dominante masculine. Tant qu'il s'agit d'apporter des aménagements concrets à la vie de l'individu pour améliorer son confort, ces observations ne posent pas problème, elles restent à l'intérieur des pratiques quotidiennes des aides-soignantes. Quand elles deviennent un enjeu de connaissance sur la santé du malade en lien avec d'autres professionnels du soin, elles ne sont plus toujours reconnues comme digne d'attention. Cela peut engendrer de l'incompréhension et de la déception de la part des aides-soignantes, être vécu comme l'expression d'un désaveu personnel, d'un mépris de la hiérarchie médicale pour leur fonction. Comme le rappelle Everett C. Hughes<sup>408</sup> « *un poste de travail correspond toujours à une position dans une organisation* » hiérarchisée qui situe les catégories de personnels les unes par rapport aux autres et définit les frontières professionnelles.

Les compétences des aides-soignantes se heurtent à la médicalisation croissante de la santé. On observe une plus grande instrumentalisation des corps des personnes âgées. Des processus de désubjectivation dans les relations soignants-soignés s'accroissent, produisant une perte de sens dans le travail. Les tentatives d'une plus grande rationalisation de l'activité des aides-soignantes s'accompagne d'un accroissement de leur charge de travail. Elles accentuent leur subordination, sans rien changer de leur rôle de gardiennage, qui n'a nullement décliné au fil du temps, mais a pu changer de forme ou simplement trouver de nouveaux modes de justification comme l'hygiène.

Pour atténuer les effets de ces transformations, certaines aides-soignantes essayent de conjuguer les nouvelles exigences et les charges croissantes du travail tout en continuant de nouer des liens avec les personnes âgées, débordant parfois de leur cadre et temps de travail. Ce positionnement, même s'il génère un surcroît d'énergie et d'implication personnelle, permet paradoxalement à celles qui le vivent, de mieux tenir le coup. Car lorsque le sens de leur engagement est remis en cause, le risque d'épuisement professionnel peut arriver plus vite. Les aides-soignantes faisant-fonction qui n'ont pas de perspective de mobilité, adoptent plus souvent ce type de posture.

---

<sup>408</sup> Cf Hughes, 1996, p.70.

Pour celles qui restent centrées sur une conception plus technicienne de leur travail, le danger est de se trouver piégées par l'intensité des tâches qui finissent par devenir répétitives dès lors qu'elles ne sont plus pensées dans une dimension intersubjective d'échange. Elles conduisent à fonctionner « comme des robots » et s'accompagnent d'un sentiment d'incomplétude professionnelle, de déqualification, voir de dé-professionalisation. Cela peut se trouver renforcé par le fait que les services de longs séjours pour personnes âgées, sont parmi les plus déconsidérés dans l'univers des personnels soignants. Les aides-soignantes nous diront à plusieurs reprises leurs sentiments de n'utiliser qu'une faible partie de leurs compétences « techniques ». Certaines vont donc préférer aller travailler en hôpital ou en clinique aux services des urgences, en service de réanimation ou de soins intensifs<sup>409</sup>. Leur position professionnelle y est s'en doute plus prestigieuse. Ce sont des lieux où il s'agit de sauver des vies humaines, où les relations aux malades - souvent anxiogènes - sont différentes<sup>410</sup> et de courte durée à l'opposé de ce que peuvent vivre les aides-soignantes en maison de retraite.

Ce type de stratégie professionnelle peut se retrouver au sein des établissements pour personnes âgées mais de manière plus atténuée. Monique a choisi de travailler dans le service le plus médicalisé de la maison de retraite des Aves, celui réservé aux « *gros malades* », pour investir d'avantage la dimension curative de son activité, « *n'avoir plus de technique à faire* ». Pour autant, quelques années après, sa déception est grande. La nature des tâches est assez similaire d'un lieu à un autre et la collaboration avec les infirmiers peu fréquente. Le travail est segmenté, tout le monde est débordé et essaie de déléguer certaines tâches, au personnel de rang immédiatement inférieur, pour s'alléger. Usée par huit années de travail en maison de retraite, Monique a besoin de souffler, de casser la routine. Elle tente le concours d'entrée dans un institut de formation pour préparer le concours d'infirmier. Ne le réussissant pas, en attendant, elle prend un emploi d'aide-soignante dans un service radiologie en clinique, ce qui lui permet d'avoir tous ses week-end. Elle se rend compte alors que la technicité sur laquelle elle investissait beaucoup, au lieu de devenir une source d'enrichissement et d'approfondissement de son travail, devient l'expression de son appauvrissement<sup>411</sup>. Elle joue

---

<sup>409</sup> Dans un ancien article sur les « professions hospitalières et division du travail » Annette Chauvenet reprend les modes de classification des personnels. Cf. Chauvenet, 1972.

<sup>410</sup> Une étude en préparation sur les qualifications des aides-soignantes en milieu hospitalier devrait nous permettre de préciser la nature de ces différences selon les services.

<sup>411</sup> Antoinette Chauvenet qui analysait en 1973 la montée des procédures de rationalisation médicale au sein de l'hôpital observait déjà ce risque de spécialisation médicale pour les médecins hospitaliers : « ... *en rendant plus lisibles les maladies, en faisant du savoir médical un savoir universel et non plus seulement fondé sur l'expérience, ces facteurs préparent l'instauration de contrôles administratifs, voire à plus long terme une normalisation de l'activité médicale* ». Cf. Chauvenet, 1973.

le rôle d'écran filtrant entre elle et le patient, ce qui la dépouille d'une partie importante de son activité professionnelle. La dimension du « care », souci d'autrui, n'a plus guère de raison d'être dans son nouvel emploi. Elle se ressent comme une employée spécialisée qui fait passer des radiographies à quantité de personnes qu'elle ne revoit plus ensuite. La métaphore qu'elle utilisait pour parler de son travail en maison de retraite « *j'ai l'impression d'être dans une usine* » peut ici aussi être évoquée, même si le contexte professionnel a changé. Elle se retrouve victime du développement de l'idéologie scientifique du milieu médical qui tend à construire une dichotomie entre science et humanisme<sup>412</sup>.

Le travail des aides-soignantes est un métier difficile et usant. Les récits de vie le confirment, ils permettent de voir les stratégies de chacun pour tenir dans l'emploi. Les aides-soignantes luttent contre leurs propres peurs de souffrir, de vieillir et de mourir dans leurs confrontations quotidiennes avec les personnes âgées. C'est dans l'acceptation bien comprise de cette anxiété que peuvent se construire des relations d'aide et de soin qui respectent l'autre, permettent une économie de l'échange et une certaine réciprocité. Si elle est refoulée, c'est le déni, avec son lot de mécanismes de défense qui prend le dessus et ravive une relation dissymétrique de pouvoir et de violence.

La rencontre de l'autre constitue en établissement gériatrique, plus qu'ailleurs, une épreuve de la finitude humaine. Les aides-soignantes, comme l'ensemble du personnel médical, font l'expérience de la fragilité du sujet comme principe fondateur de la vie. Par leur forte proximité avec les personnes âgées, elles vivent certainement plus intensément cette épreuve humaine. Etre en lien avec les personnes âgées, leur exprimer de la compassion et de l'amour au risque de les perdre, de devoir se séparer d'elles prochainement, c'est l'expérience que font les aides-soignantes qui ne refusent pas la relation humaine. Cette idée de la finitude n'est pas forcément déprimante ou mortifère. Joséphine Roche nous décrit une puissance d'agir qui s'est trouvée renforcée par son expérience d'aide-soignante en maison de retraite. Cela donne sens à sa vie, l'aide à apprécier pleinement les moments présents... Pour autant, les moments de deuils sont toujours difficiles à vivre et des espaces de paroles et d'échange devraient partout exister en structures gériatriques. C'est un travail qui nécessite une élaboration personnelle pour être et rester disponible aux autres. Or, la dimension réflexive n'est jamais pensée dans cette activité. Une des difficultés est de ne pas se laisser happer par

---

<sup>412</sup> Op. cit.

ceux que l'on apprécie au détriment des autres, laissant libre cours aux mécanismes de contre-transfert. Ce souci de l'autre est d'autant plus délicat à inscrire que l'on intervient auprès de personnes fragiles, ne disposant pas toujours de la capacité à s'exprimer verbalement de manière lucide ou distincte. Le risque de transformer la bienveillance en mouvement d'emprise et de domination pour asseoir un sentiment de possessivité ou donner libre cours à ses pulsions sadiques est toujours possible.

Les relations aux personnes âgées sont trop souvent pensées comme « naturelles », allant de soi. La socialisation à l'intérieur de la famille des savoirs domestiques et éducatifs et des valeurs qui les accompagnent, vont constituer un apprentissage déterminant pour les futures soignantes. Beaucoup d'entre elles vivent leurs activités en continuité avec leurs apprentissages et les valeurs héritées dans l'univers familial. Elles nous disent leur sensation de déjà connaître le métier quand elle débute. Quand un ou plusieurs membres de la famille ont connu une expérience professionnelle dans le secteur médical, vient se surajouter alors le sentiment d'avoir toujours été « faite pour ça ». Les aides-soignantes se laissent souvent enfermer par leurs histoires, prises dans un jeu de reproduction sexué. La plupart d'entre elles, puisent dans leur désir de donner et d'aider l'autre pour instaurer une relation de soin plus humaine avec les personnes âgées que celle qui leur est assignée. Le désir d'aide va souvent de pair avec un besoin de réparation. Cela alimente les processus de projections et de transferts envers les personnes âgées. Ces mouvements de don sont sources de plaisir et de construction personnelle. Mais ils peuvent aussi se transformer en sacrifice de soi, si l'aide-soignante est prise dans un mécanisme de dette infinie, ayant la sensation de ne jamais donner assez de son temps ou de sa personne. Ce sentiment de dette, le manque d'amour, le vide ressenti au fond de soi, peuvent être si forts et si irréductiblement présents, qu'ils vont pouvoir étouffer la relation inter-individuelle de soin, entraîner la perte de soi en l'autre. La culpabilité éprouvée va alors être vive, ne permettant plus d'élaboration psychique. Les mécanismes de réparation qui vont s'exprimer sembleront indépassables, incapables d'évoluer au fil des rencontres et expériences humaines. Le risque est alors de se jeter dans la relation aux autres, de s'épuiser dans son travail, en se coupant des siens, de sa famille et de ses amis. Mais avant d'en arriver là, la plupart prennent sur elles, essayent de conjuguer au mieux vie professionnelle et vie privée au prix de leur propre santé, guidée par l'idée du don de soi. Elles prolongent dans leur univers familial, notamment auprès de leurs enfants quand elles en ont, ce désir - parfois compulsif - de s'occuper des autres. Certaines demandent à passer en travail de nuit pour ne pas donner à garder leur(s) enfant(s). Les raisons économiques ou les

horaires atypiques de ce travail, ne sont généralement pas suffisants pour expliquer de tels choix.

Les aides-soignantes qui ont tendance à être dans le sur-investissement tiennent jusqu'à ce qu'elles « craquent », épuisées. C'est alors l'arrêt maladie qui oblige souvent à faire une pause, pour ne pas s'enfoncer plus avant dans le surmenage, la déprime, les douleurs physiques et être exclues définitivement de ce travail. C'est souvent après de tels moments que l'organisation de la vie professionnelle et personnelle est repensée. Cela peut se traduire par des mutations professionnelles pour les personnels diplômés, qui joue la carte de la mobilité parfois par un retrait pur et simple de l'activité. Il serait précieux, là encore, que les aides-soignantes aient des espaces individuels et collectifs de parole au travail avant d'en arriver à de telles alternatives. Ces espaces existent de manière systématique dans les unités de soins palliatifs. Les enjeux sont nombreux : permettre de sortir des mécanismes d'aliénation, être moins aux prises des reproductions inconscientes de son histoire, ne pas perpétuer des relations trop conflictuelles et usantes, construire un collectif de travail...

Si les modes d'organisation et de rationalisation du travail conduisent les aides-soignantes à subir une intensification du travail renforçant leur subordination vis-à-vis de l'autorité en place, leurs modes d'investissement au travail contribue aussi à accentuer cela. Nous faisons l'hypothèse en cette fin de recherche que, dans une certaine mesure, l'auto-aliénation et l'exploitation au travail se répondent et se renforcent mutuellement. Les façons d'être des aides-soignantes amènent les organisations en place à leur en demander toujours plus. Elles suscitent ce mouvement, il s'agit d'une causalité circulaire. La hiérarchie soignante utilise leur sens de la responsabilité, leur humanité et leur soumission pour augmenter leur charge de travail. Leur engagement et souci d'autrui les conduisent aussi à l'hyperactivité professionnelle. L'énergie que ces femmes mettent dans leur travail est à la hauteur de l'épuisement qu'elles peuvent ensuite ressentir. Elle se conjugue avec un certain déni de soi, un sentiment de dévalorisation personnelle.

Nous serons frappées par l'écart entre les tâches effectuées assez banalisées et socialement peu considérées et le fort degré de responsabilité vis à vis des personnes âgées, jamais reconnu. Les aides-soignantes ne cessent d'inventer leur travail, de bricoler des solutions dans l'urgence, de faire preuve d'ingéniosité pour faire tourner l'organisation et pacifier les relations avec les personnes âgées au sein de la maison de retraite. Leur travail est complexe,

demande une réelle qualification alors que leur emploi est peu qualifié et leur niveau de formation reste faible, équivalent à un niveau V, pour celles qui ont leurs diplômes. En même temps qu'elles déplorent cet état de fait, elles ne sont pas engagées dans une histoire sociale et politique qui les poussent à agir collectivement, pour défendre des droits sociaux et faire reconnaître leur métier. Dans leur travail quotidien, elles ont même tendance à nier ce déclassement, ce qui revient à l'accentuer, lorsque par exemple, elles se jettent corps et âme dans leur travail, débordant leurs frontières professionnelles pour faire un travail d'infirmier, en toute illégalité. Il faut dire que cette « délégation » est bien souvent soutenue, quand elle n'est pas demandée par la hiérarchie en place. Là encore, les dispositions des individus rencontrent les modes d'organisation, tacites cette fois-ci, des établissements médico-sociaux.

Nous voudrions revenir, avant de clore cette recherche, sur ce qui a été notre motivation première à analyser la professionnalité des aides-soignantes au travers notamment des dynamiques relationnelles engagées avec les personnes âgées. Nous avons vu que ces relations se construisaient sur la base de rapports sociaux dissymétriques qui placent les intervenantes en position potentielle de force et de pouvoir. A côté de ceux-ci, viennent se greffer des relations de dépendance qui complexifient les jeux relationnels, peuvent renvoyer à un autre type de duos agités, celui de la dépendance constituée de pourvoyeurs et de bénéficiaires que nous signalions en introduction.

Albert Memmi<sup>413</sup> a décrit très précisément le cercle vicieux que constitue cette relation tourmentée. La personne dépendante aspire à une sécurité qui est d'autant plus forte qu'elle se sent fragilisée et vulnérable. Elle est en quête d'une sécurité absolue qu'elle est à peu près sûre de ne jamais obtenir, toujours déçue que la réponse ne soit pas à la hauteur de son attente et demande d'affection. Toute dépendance est minée par le doute qui renvoie, selon cet auteur, à la peur de la séparation première du nourrisson avide de soins et d'attention, à cause de son impuissance totale à la naissance. Cette exigence première ne nous quitte pas. Dès que la nécessité s'en fait sentir, nous réagissons avec force comme si notre survie en était toujours tributaire.

Le dépendant espère tellement du pourvoyeur qu'il lui devient hostile. La déception de ne jamais le trouver assez sécurisant et présent, tout dévoué à soi, va entraîner l'irritation,

---

<sup>413</sup> Memmi, 1993, pp 33-90.

l'agressivité contre ce qui pourtant lui procure du bien. On agresse qui vous aide, parce qu'on a aussi besoin de se défendre contre lui. Cette dualité va s'accompagner d'un malaise, puis d'une culpabilité. L'escalade est continue, c'est la pente naturelle de toute dépendance. La personne dépendante manifeste son embarras, lequel suscite chez son interlocuteur quelques réactions négatives, qui viennent grossir l'animosité et fournir contre lui, la preuve qu'il manquait. Confusément ce que souhaite le bénéficiaire c'est le " don d'amour absolu " et le pourvoyeur peut se retrouver pris au piège de cette quête incessante qui l'angoisse et l'exaspère en même temps qu'elle le rassure temporairement et qu'elle comble un propre manque affectif, lui procure de l'estime personnelle, d'autant plus nécessaire que la reconnaissance professionnelle est faible.

Les aides-soignantes pourront trouver ainsi une forme de compensation à leurs tâches ingrates et leur statut déprécié, en jouant un rôle de médiatrices ou de confidentes auprès de certaines personnes âgées ou de leurs familles. Ce bénéfice secondaire se rencontrera plus fréquemment chez celles qui souffrent déjà d'un manque de légitimité lié à leur absence de diplôme professionnel. Ce mouvement renvoie souvent à une situation déjà expérimentée dans l'enfance au sein de la sphère familiale. On comprend mieux dans ce contexte, la figure de la mère nourricière que peuvent revêtir certaines aides-soignantes et comment elles vont pouvoir s'engouffrer dans ce piège relationnel. Albert Memmi parle de " *dépendance symbiotique* " <sup>414</sup>, il montre que le dominant n'est pas toujours le moins dépendant.

Assignées à des emplois peu rétribués, les aides-soignantes trouvent du plaisir à soigner et venir en aide aux autres, même si c'est souvent anxiogène. Si elles n'arrivent pas à marquer convenablement la séparation d'avec l'autre, cela peut les conduire à des relations complexes de possessivité et d'emprise, faire ressurgir de l'agressivité et de la violence. La « juste distance » est d'autant plus difficile à construire que l'individu est fragile, appelle à une relation de dépendance et que le travail implique une relation d'intimité corporelle forte et intrusive qui peut être violente. La distance professionnelle qui respecte chacun, ne peut-être pré-définie à priori, elle se construit au cas par cas et évolue selon les dynamiques relationnelles du moment. Ce sont certainement là un des savoirs d'expérience les plus importants de l'aventure soignante.

---

<sup>414</sup> Op. cit. p 87.

En travaillant quotidiennement auprès des aides-soignantes, expérimentant et analysant nos propres réactions d'angoisses et de fatigue, nous nous posons en dernier lieu la question de la viabilité de cette activité dans la durée à ces conditions. Plus largement, nous nous interrogeons sur la signification politique de cette spécialisation du « care » dans notre société et son confinement aux femmes. La lecture croisée que fait Liane Mozère<sup>415</sup> du travail de Joan Tronto et de Michel Foucault aborde cette question. Pour ne pas perpétuer cette assignation, *« le souci, le care, doivent donc être dissociés d'une dimension en termes de genre. Ils doivent, au contraire, concerner l'ensemble des autres humains ... »*. L'idée est de décroiser cette fonction, de lui redonner une force morale et politique. Il s'agit de développer la notion de « souci de soi » et de redonner à la dépendance une portée plus humaniste, pensée comme une forme de « bienveillance de réciprocité »<sup>416</sup> qui lie les hommes et les femmes au travers de relations interdépendances. Une position à l'inverse de celle qu'a adoptée notre société qui proclame l'autonomie et la liberté de l'individu et réserve aux âges extrêmes de la vie le monopole de la dépendance.

Si cette notion d'interdépendance entre les âges et les sexes prenait une certaine force politique, amenant à ré-interroger la nature des rapports sociaux, la situation des personnes âgées paraîtrait bien plus intolérable qu'elle ne l'est aujourd'hui et évoluerait vers plus d'humanité, du moins peut-on l'espérer.

---

<sup>415</sup> Article à paraître dans la revue « le portique », Université de Metz, octobre 2004.

<sup>416</sup> Liane Mozère qui reprend la conception de la vertu prônée par Aristote.

## Bibliographie Générale

Remarque préalable : la bibliographie ci-dessous est tirée des notes bas de page de notre recherche à de rares exceptions près. Notre intention n'a pas été de construire des listes de références bibliographiques par thématique, mais de donner à voir les sources que nous avons directement mobilisées pour réaliser ce travail.

- Appay B. & Thébaud-Mony A. (sous la direction de). 1997 « Précarisation sociale, travail et santé », Paris, éditions du CNRS, IRESCO, 579 p.
- Arborio A-M. 1995 « Quand le “sale boulot” fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », in *Sciences Sociales et Santé*, Vol 13, n° 3, septembre, p. 93-124.
- Arborio A-M. 1996 « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », Génèses, Mars, p. 87-106.
- Arborio A-M. 2001 *Un Personnel Invisible, les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 334 p.
- Aries P. 1977 *L'homme devant la mort*, Paris, Editions du Seuil, Points Histoire, H 83, 343 p.
- Baudier-Lorin C. & Chastanet B. 2004 « Les bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2002 », Document de travail, DREES, n° 61 – janvier, 55 p.
- Basaglia F. (direction) 1970 « Les institutions de la violence », in *L'institution en négatif. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*, Paris, Le seuil, collection Combats, (première édition, Giulio Einaudi, Turin, 1968), 286 p.
- Beauvoir (de) S. 1970 *La vieillesse*, Paris, Gallimard, 604 p.
- Beauvoir (de) S. 1998 *Une mort très douce*, Paris, Gallimard, Folio n° 137, (Première édition, Gallimard, 1964), 151 p.

- BEH 2003 « Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 : premiers résultats et travaux à mener » *Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, Institut de veille sanitaire*, n° 45-46 (n° spécial), 25 novembre, 1 p.
- Benoit-Lapierre N., Cevasco R. & Zafiropoulos M. 1980 *Vieillesse des pauvres, les chemins de l'hospice*, Paris, Les Editions ouvrières, collection Politique Sociale, 172 p.
- Berger P. & Luckmann P. 1986 *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens-Klincksiek, 288 p.
- Bertaux D. 1997 *Les récits de vie. Perspectives ethnosociologiques*, Paris, Nathan, collection Sciences Sociales, n° 122, 197 p.
- Bontout O., Colin C. & Kerjosse R. 2002 « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » *Drees, Etudes et Résultats*, n° 160, février.
- Bourdieu P. (sous la direction de) 1993 *La misère du Monde*, Paris, Seuil, 947 p.
- Bourdieu P. & Boltanski 1975 « Le titre et le poste », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°2.
- Brahami A., Brizard A., & Audric S. 2002 « Les rémunérations dans les établissements de santé privés, évolutions récentes et comparaison avec l'ensemble du secteur hospitalier », *Dares/Drees, série études, document de travail n° 25 – Juillet*, 39 p.
- Breuil-Génier P. 1998 « Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels », *Economie et Statistiques, INSEE*, n° 316-317 – 1998 6/7, p. 21-43.
- Cabotte L. 2000 *Economies et politiques de l'aide ménagère*, Thèse pour le doctorat en sciences économiques, Université Paris X, juillet, 615 p.
- Canguilhem G. 1996 *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, collection Quadrige, (première édition, PUF, 1966, Galien), 224 p.

- Canouï P. & Mauranges A. 2001 *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*, Paris, Masson, (deuxième édition), 224 p.
- Castel R. 1973 « Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale », in *Revue Française de Sociologie*, XIV, n° spécial, p. 111-135.
- Castel R. 1978 *L'ordre Psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Editions de Minuit, 334 p.
- Causse L., Labruyère C. & Fournier C. 1998 *Les aides a domicile, des emplois en plein remue-ménage*, Paris, Syros, 226 p.
- Causse L., Labruyère C. & Mériot S-A. 2002 a *Les diplômés de niveau V de la filière bio-services : Eléments pour un diagnostic partagé*, Marseille, Céreq, 119 p.
- Causse L. & Roche P. 2002 b *Activite professionnelle des intervenants de proximité. Analyse d'une pratique de réduction de risque auprès des usagers de drogue*, Marseille, Céreq, 129 p.
- Chapoulie J-M 1973 « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue Française de Sociologie*, XIV, pp 86-114.
- Chaput H.& Raynaud E 2003 « Les retraites en 2002 », *Drees, Etudes et Résultats*, n° 272, novembre, 4 p.
- Chauvenet A. 1972 « Professions hospitalières et division du travail » in *Les professions*, Paris, Le Seuil, Sociologie du travail n°2, avril-juin, p. 145-163.
- Chauvenet A. 1973 « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue Française de Sociologie*, XIV, n° spécial, p. 61-76.
- Chauvenet A. 2000 « Les surveillants entre droit et sécurité : une contradiction de plus en plus aiguë » pp 127-158, in Veil C. & Lhuillier D. (sous la direction de), *La prison en changement*, Ramonville Saint-Agne, Erès, p. 127-158.

- Choppart J.N. 1997 « Le travail social à l'épreuve du libéralisme : quelles régulations pour les professions de l'intervention sociale ? » in *Les nouvelles frontières de l'intervention sociale*, ouvrage coordonné par Guido De Ridder, Paris, L'Harmattan, collection Logiques Sociales, p. 151-179.
- CNRPA & alii 1998 *Livre blanc pour une prestation autonomie*, 12 octobre, 15 p.
- Coëffic N. 2001 « Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus », *Drees, Etudes et Résultats*, n° 82, septembre, 4 p.
- Coëffic N. 2000 « Faibles retraites et minimum vieillesse », *Drees, Etudes et Résultats*, n° 82, septembre, 4 p.
- Colvez A. et Robine T. 1984 « L'espérance de vie sans incapacité et ses composantes : de nouveaux indicateurs pour mesurer la santé », *Population 1*, p. 27-46.
- CREDOC 2002 « Le Contrat d'étude prospective social et médico-social de la branche professionnelle des établissements à but non lucratif », décembre, 387 p. & annexes 319 p.
- Crépet A. & A.-M. 1998 *Aides-soignant(e)s en gériatrie*, Lyon, Chronique sociale, 195 p.
- Dacher M. & Weinstein M. 1979 *Histoire de Louise, des vieillards en hospice*, Paris, Editions du Seuil, 238 p.
- Declerck P. 2003 *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, Paris, Edition Plon, Terre Humaine Poche n° 11846, (Première édition, Plon, 2001), 457 p.
- Dejours C. 1993 *Travail et usure mentale, Essai de psychopathologie du travail*, Paris, Bayard éditions, 263 p.
- Dorey R. 1981 « La relation d'emprise », in *L'emprise*, Paris, Gallimard, Nouvelle revue de psychanalyse, n° 24, automne, p.117-139.

- Dubar C. 1992 *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, collection Sociologie, 278 p.
- Delamare J. & Delamare-Riche T. 1990 *Le grand renfermement, histoire de l'hospice de Bicêtre 1657-1974*, Paris, Editions Maloine, 179 p.
- Devereux G. 1980 *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportements*, Paris, Aubier, 474 p.
- Douglas M. 1992 *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. (1967), trad. Fr., nouv. Ed., Paris, La découverte, 193 p.
- Elias N. 1998 *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgeois éditeur, (Première édition, Nobert Elias éditeur, 1982), 119 p.
- Encarna B. et Fleuret P. 1999 « Etablissements de santé : le choc de l'accréditation », *néo-Restoration Magazine*, n°358, octobre, p. 27-31.
- Encyclopaedia Universalis 2002 « Gérontologie » Paris, *corpus 10*, p. 319-325.
- Ennuyer B. 2002 *Les malentendus de la dépendance*, Paris, Dunod, 330 p.
- Enriquez E. 1993 « L'approche clinique : genèse et développement en France et en Europe de l'ouest », in *Sociologies cliniques*, Paris, Desclée de Brouwer, p. 19-35.
- Favret-Saada J. 1977 *Les mots, la mort, les sorts*. Paris, Editions Gallimard, folio Essais, 443 p.
- Ferrarotti F. 1990 *Histoire et histoires de vie, de la méthode biographique dans les sciences sociales*, Paris, Librairie des Meridiens, Klincksieck et Cie, collection sociologie du quotidien (Première édition italienne, Guis. Laterza & Figli Spa, Roma-Bari, 1981), 195 p.

- Ferriera V. 1992 *Au nom de la terre*, Paris, Gallimard, roman, 322 p.
- Foucault M. 1985 *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, (première édition, Gallimard, 1975), 318 p.
- Foucault M. 1997 *Histoire de la sexualité 3, le souci de soi*, Paris, Gallimard, 284 p.
- Foucault M. 2000 *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, sixième édition, Quadrige, (première édition PUF, 1963, Galien), 214 p.
- Fraisse G. 1979 *Femmes toutes mains*, Paris, Seuil, collection libre à elles, 245 p.
- Freud S. 1994 *Malaise dans la civilisation* (1929), trad. Fr., Paris, PUF, 13<sup>e</sup> édition, 107 p.
- Gadrey J. 1994 « La modernisation des services professionnels, rationalisation industrielle ou rationalisation instrumentale », *Revue française de sociologie*, XXXV, 1994, p.163-195.
- Gaulejac (de) V. 1999 *L'histoire en héritage. Roman familial et trajectoire sociale*, Paris, Desclée de Brouwer, « sociologie clinique », 222 p.
- Gaulejac (de) V. & Lévy A. (direction) 2000 *Récits de vie et histoire sociale*, Gap, ESKA, 225 p.
- Gaullier X. 1982 *L'avenir à reculons*, Paris, Editions Ouvrières, 250 p.
- Goffman E. 1994 *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Editions de minuit, (Première édition, Les éditions de minuit, 1968), 447 p.

- Graff L. 2001 *Les jours heureux*, Paris, Le dilettante, 139 p.
- Guillemard A-M. 1980 *La vieillesse et l'état*, Paris, PUF, collection Politiques, 237 p.
- Guillemard A-M. 1986 *Le déclin du social*, Paris, PUF, collection Sociologies, 385 p.
- Guillemard A-M. 1991 « Faut-il avoir peur ? », *Autrement*, N°124, (série mutation : « être vieux, de la négation à l'échange »), octobre, p. 29-41.
- Guinchard-Kunstler P. 1999 « Vieillir en France », *rapport à Monsieur le Premier ministre*, juin, 102 p.
- Hennezel (de) M. 2003 Mission « fin de vie et accompagnement », Rapport remis à Monsieur Jean-François Mattéi, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes-handicapées, octobre, 161 p.
- Huez D. 2001 « De l'atteinte à la santé à l'action collective » in Abécassis F. et Roche P. (sous la direction de) *Précarisation du travail et lien social, des hommes en trop ?*, Paris, L'Harmattan, collection Logiques Sociales, 348 p.
- Hugnot R. 1998 *La vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod, 236 p.
- Hughes E.C. 1984 *The sociological Eye. Selected papers*, New Brunswick, Transaction Books (première édition 1971), p. 283-297.
- Hughes E.C. 1996 *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Edition de l'EHESS, textes rassemblés et présentés par JM Chapoulié, p. 69-85.
- IFREP 1997 *L'accueil familial des adultes, évaluation des dispositions de la loi du 10 juillet 1989*, Paris, 59 p.

- Informations Sociales 2000 « Enfermements », *CNAF*, Paris, n° 82, 126 p.
- Jacquat D. 2003 « Rapport d'information sur la crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule », *Assemblée Nationale*, tome 1, 24 septembre, 58 p.
- Jankelevitch V. 1978 *Le pur et l'impur*, Paris, Champs Flammarion, (Première édition, Flammarion, 1960), 314 p.
- Jankelevitch V. 1994 *Penser la mort ?* Paris, Liana Levi, collection Opinion, 139 p.
- Kaës R. & Alii 2001 *L'institution et les institutions, études psychanalytiques*, Paris, Dunod, (première édition Bordas, Paris 1987), 214 p.
- Karsenti B. 1994 *Marcel Mauss, le fait social total*, Paris, PUF, collection philosophies, 128 p.
- Kergoat D., Imbert F., Le Doaré H., Senotier D. 1990 *Les infirmières et leur coordination*, Paris, CNRS, GEDISST, novembre, 230 p.
- Kergoat D. 1992 « A propos des rapports sociaux de sexe » in *Revue Marxisme en mouvement*, n° 53-54, Le féminisme à l'heure du choix, avril-mai, p. 16-18.
- Labayle D. 1995 *La vie devant nous*, Paris, Seuil, 278 p.
- Lalande F., Legrain S., Valleron A.-J., Meynier D. & Fourcade M. (coll) 2003 « Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003 », Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, septembre, 55 p.
- Langevin A. 1997 « La construction des bornes d'âge », *Revue Française des Affaires sociales*, (N° hors série « Le vieillissement comme processus »), octobre, p. 37-54.

- Leclerc-Olive M. 1996 *Le dire de l'événement (bibliographie)*, Paris, Presses Universitaires du Septentrion, 258 p.
- Lenoir R. 1979 « L'invention du 'troisième âge' et la construction du champ des agents de gestion de la vieillesse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°26-27, mars-avril, p. 57-82.
- Leroux-Hugon V. 1987 « L'infirmière au début du XX<sup>e</sup> siècle : nouveau métier et tâches traditionnelles », *in*, Paris, Les éditions ouvrières, *Le mouvement social*, n° 140, Juillet-septembre, Paris, p. 55-68.
- Lévinas E. 1990 *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*, Paris, Le livre de poche, biblio essais, n° 4121.C50, 286 p.
- Lutzler P (direction) 2002 « Bref panorama des réformes dans le domaine gérontologique socio-sanitaire », *in La revue de Gériatrie*, tome 27, n°10, décembre, p. 799-801.
- Maisondieu J. 2003 *Le crépuscule de la raison*, Paris, Bayard, deuxième édition (première édition, Bayard, 2001), 308 p.
- Mauss M. 1950 *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, Bibliothèque de sociologie contemporaine, 389 p.
- Memmi A. 1993 *La dépendance, esquisse pour un portrait du dépendant*, Paris, Gallimard, Folio essai n° 230 (première édition Gallimard, 1973), 207 p.
- Menzies (E.P.) I. 1984 *The functioning of social systems as a defence against anxiety, a report on a study of the Nursing Service of a general Hospital*, Londres, The Tavistock Institute of Human Relations, (première édition 1970), 44 p.
- Michelat G. 1975 « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », *Revue Française de Sociologie*, p. 229-247.
- Moderniser Sans Exclure-Sud 2001 Document vidéo « les animatrices en emplois jeunes du centre hospitalier du pays d'Aix », Marseille, septembre.

- Morel Cinq-Mars J. 2002 *Quand la pudeur prend corps*, Paris, PUF, collection « Partage du savoir », 303 p.
- Moulinier P. 1999 « Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes » *in Travailler*, Revue internationale de psychopathologie et de Psychodynamique du Travail, n°3, p. 73-86.
- Mozère L. 2004 « Le “souci de soi” chez Foucault et le souci dans une éthique politique du care. Quelques pistes de travail. », *Revue le Portique*, Université de Metz, octobre, à paraître.
- Mozère L. & Maury H. 2002 *Les domestiques philippines « entrepreneurs d'elles-mêmes »*, *Le marché mondial de la domesticité*, Recherche réalisée dans le cadre de l'appel d'offres de la Mission du Patrimoine ethnologique, « formes contemporaines de l'économie informelle : Activités, échanges et réseaux de relations », janvier, 131 p.
- Mozère L. 2002 « Des domestiques philippines à Paris : un marché mondial de la domesticité ? » *in Revue tiers Monde, Femmes en domesticité. Les domestiques du Sud, au Nord et au Sud*, n° 170, tome 43, avril-juin.
- Naville P. 1956 *Essai sur la qualification du travail*, Paris, M. Rivière, 148 p.
- ODAS 2003 « Dépendance et handicap », conférence de presse, 26 novembre, 25 p.
- Pellissier J. 2003 *La nuit tous les vieux sont gris*, Paris, Daniel Radford, (distribution, Sofédis-Sodis), 348 p.
- Perrot M. (sous la direction de ) 1980 *L'impossible prison, recherches sur le système pénitentiaire au XIX<sup>e</sup> Siècle*, Paris, Editions du Seuil, 319 p.
- Petit A. 1992 « Science, affectivité et singularité dans la relation de soins » *Revue internationale d'action communautaire*, INIST-CNRS 54 515, N° 28, p.139-150.

- Ploton L. 1982 « Le vieillard on parle de lui, on ne lui parle pas », *La revue de la gériatrie*, Tome 7, n° 5, mai, p. 217-218.
- Ploton L. 2000 « De la relation de guidance à la relation d'aide », *Gérontologie*, n° 114, p. 35-39.
- Ploton L. 1981 « La souffrance des soignants en gériatrie », *La revue de Gériatrie*, tome 6, n°3, mars, p. 117-122.
- Ploton L. 1999 *Maladie d'alzheimer, à l'écoute d'un langage*, Paris, Lyon, Chroniques Sociales, 2° édition, 170 p.
- Ricoeur P. 1990 *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, Points Essais, 425 p.
- Roche P. 1997 *Rapports sociaux d'exclusion et dimensions corporelles*, Colloque de Cuernavaca, Mexique, Juin-juillet, 20 p.
- Roumigières E. 2000 « 330 000 aides-soignants en 1999 » *Drees, Etudes et résultats*, n° 54, mars, 4 p.
- Saillant F. 1993 « Prendre soin, lien sociaux et médiations institutionnelles », *Revue internationale d'action communautaire*, n° 28-68, p.95-106.
- Saint Bris G. 2002 *Les vieillards de Brighton*, Paris, Editions Grasset & Fasquelle, Le livre de Poche n° 30 052, roman, 331 p.
- Sarthou-Lajus N. 1997 *L'éthique de la dette*, Paris, PUF, collection questions, 229 p.
- Saussure (de) C. 2000 "Violence de la relation : quand les vieux ne sont pas des anges", *Gérontologie*, n° 114, p. 25-28

- Schwartz O. 2002 *Le monde privé des ouvriers*, Paris, Puf, Quadrige, (Première édition Puf, 1990), 531 p.
- Segrestin B. & Tonneau D. 2002 « La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux », *Drees, Etudes et Résultats*, n°171, mai, 4 p.
- Thomas L.-V. 1994 *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot, (première édition, Payot, 1975), 538 p.
- Trouilloud M. 1998 *Le sadisme ordinaire, à propos de certaines conduites soignantes en psychogériatrie : du « sadisme mortifère » au « sadisme thérapeutique »*, DEA de psychologie et psychopathologie cliniques, sous la direction de Louis Ploton, Université Lumière-Lyon 2, Institut de Psychologie et Université Claude Bernard-Lyon 1, Institut des traitements des troubles de l’Affectivité et de la Cognition, 80 p.
- Vega A. 2000 *Une ethnologue à l’hôpital*, Paris, Editions des archives contemporaines, 212 p.
- Veltz P. 2000 *Le nouveau monde industriel*, Paris, Gallimard, collection Le débat, 227 p.
- Verret M. 1988 *La culture ouvrière*, Saint-Sébastien, ACL Edition société crocus, 296 p.
- Veysset B. 1989 *Dépendance et vieillissement*, Paris, L’Harmattan, collection logiques sociales, 171 p.

### Sources législatives

- JO 1970 Loi n° 70-13-18 du 31/12/70 portant sur la réforme hospitalière, Journal officiel du 3 janvier 1971.

- JO 1975 Loi n° 75-535 du 30/06/75 modifiée relative aux structures sociales et médico-sociales, Journal officiel du 1 juillet 1975.
- JO 1977 Décret du 22/11/1977, n°77-1289 relatifs aux institutions sociales et médico-sociales, Journal officiel du 22 novembre 1977.
- JO 1994 Décret du 22/07/1994, n° 94-626 relatif à la formation des aides-soignantes et des auxiliaires de puériculture, Journal officiel du 22 juillet 1994.
- JO 1996 Ordonnance n° 96-346 du 24/04/1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, titre II, Journal officiel du 25 avril 1996.
- JO 1996 Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.
- JO 1997 Arrêté du 11 mars 1997 modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant, Journal officiel du 20 mars 1997.
- JO 1998 Loi n° 98-535 du 1/07/1998, art 27, relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, Journal officiel du 1 juillet 1998.
- JO 2001 Loi 2001-647 du 20/07/2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation personnalisée d'autonomie et loi modificative 2003-289 du 31/03/2003, Journal officiel du 21 juillet 2001.

## **ANNEXE**

## **La formation, le rôle et les missions de l'aide-soignant : quelques repères de base.**

### **A – La formation**

#### **L'admission<sup>417</sup>**

##### **Les conditions d'admission aux épreuves**

Etre âgé de 17 ans au moins

**Pour l'épreuve d'admissibilité**, être titulaires : du brevet des collèges ; du CAP Petite Enfance ; du BEPA - option Service, spécialisé «Service aux Personnes», avoir suivi une classe de Première ; justifier d'une activité professionnelle en secteur hospitalier, social ou médico-social de 2 ans ou de 3 ans dans un autre secteur.

**Pour l'épreuve d'admission**, avoir obtenu au moins 10/20 à l'épreuve d'admissibilité ou être titulaires : du BEP Carrières Sanitaires et Sociales

##### **Les épreuves de sélection :**

**L'épreuve d'admissibilité** est une épreuve écrite et anonyme de 2 h, notée sur 20, portant sur le programme de biologie, nutrition et alimentation du BEP sanitaire et social.

**L'épreuve d'admission** consiste en un entretien de 15 minutes devant un jury, autour d'un thème relevant du domaine sanitaire et social. Au vue des notes (sur 20) obtenues, le jury établit une liste de classement.

##### **La formation**

Elle commence début février (ce qui est décallé par rapport aux sortants des diplômes de l'éducation nationale par exemple), s'étend sur une année et compte 1575 h réparties en - 18 semaines de cours théoriques (35 h /semaine) répartis en 12 modules : hygiène, communication, santé publique, médecine, chirurgie, psychiatrie, obstétrique, gériatrie ...

**NB** : Les soins en gérontologie et gériatrie forment un module de quatre semaines. Un autre module d'une semaine est consacré aux soins palliatifs et accompagnement des patients en fin de vie.

- 27 semaines de stage en milieu hospitalier ou extra-hospitalier (945 heures) : médecine, chirurgie, psychiatrie, stérilisation, gériatrie (trois semaines)...

##### **L'évaluation des connaissances et d'aptitude**

Elle s'effectue par un contrôle continu qui comprend :

- 4 contrôles de connaissances écrits
- 3 mises en situation professionnelle lors des stages
- 1 note de stage pour chaque stage réalisé.

---

<sup>417</sup> Cf. Décret relatif à la formation des aides-soignants, n° 94-626 du 22 juillet 1994.

### **Les secteurs d'activité professionnelle**

L'aide-soignant(e) exerce ses fonctions : en milieu hospitalier : services de médecine, de chirurgie, de personnes âgées, de psychiatrie... ou en milieu médico-social : maisons de retraite, centres de rééducation, services infirmiers de soins à domicile.

### **La carrière**

Elle est limitée et souvent difficilement accessible. Pour évoluer dans sa carrière, l'aide-soignant(e) peut accéder au grade d'aide-soignant(e) de classe supérieure ou s'orienter vers des études payantes d'infirmiers(ères) après réussite au concours d'entrée, accessible après trois années d'exercice.

## **B - Le rôle et les missions de l'aide-soignant**

L'aide-soignant(e) fait partie intégrante de l'équipe de soins. Il (elle) contribue à la prise en charge de personnes en milieu hospitalier et participe en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmière aux soins. Il (elle) intervient, d'une part, au niveau des soins quotidiens, de l'observation des signes physiques et des comportements des patients et, d'autre part, dans l'entretien des locaux et du matériel.

### **Extraits de la Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996 , relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers**

Le rôle des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture s'inscrit dans une approche globale qui, outre la participation aux soins, implique une prise en charge psychologique et comportementale de la personne soignée.

Il est essentiel de mieux reconnaître la spécificité de leurs activités qui représentent une réponse adaptée aux besoins des patients.

Cette activité s'exerce conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier selon lesquelles: "relèvent du rôle propre de l'infirmier, les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes... Lorsque ces soins sont dispensés dans un établissement<sup>418</sup>, ou un service à domicile ou à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants ou d'auxiliaires de puériculture qu'il encadre et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation".

Deux points essentiels méritent d'être soulignés:

- la collaboration porte sur le rôle propre de l'infirmier,
- la collaboration a lieu dans les domaines où les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture ont reçu un enseignement au cours de leur formation initiale.

---

<sup>418</sup> C'est nous qui soulignons.

## I - ROLE ET MISSIONS DES AIDES-SOIGNANTS ET DES AUXILIAIRES DE PUÉRICULTURE

### A - Des compétences orientées autour de plusieurs grands axes

Le rôle propre de l'infirmier est défini à l'article 2 du décret du 15 mars 1993 précité. Ce rôle est extrêmement vaste et a de multiples dimensions.

L'article 3 du décret susmentionné énumère aussi précisément que possible les actes et les soins infirmiers entrant dans ce cadre. C'est pourquoi, plutôt que de dresser une liste nécessairement incomplète et réductrice des situations dans lesquelles peut s'instaurer la collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant ou entre l'infirmier ou la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture, il est préférable de définir de grands domaines d'activités qui peuvent être identifiés comme suit:

- collaboration dans les soins d'hygiène et de confort auprès de l'enfant et de l'adulte (hygiène corporelle, prévention des escarres, installation des patients pour les repas et pour la nuit, hygiène alimentaire, élimination...)

- collaboration dans la surveillance des enfants et des adultes reposant sur des observations réalisées par les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, permettent d'identifier les modifications de l'état et du comportement des patients et de transmettre à l'infirmier ou à la puéricultrice les informations recueillies en vue d'une action de soins adaptée à laquelle ils pourront apporter leur concours.

- collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire, définitive ou ne l'ayant pas encore acquise pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (aide à l'habillage, à la prise des repas, changement de position, aide à la marche et au déplacement, participation aux activités occupationnelles..., et plus particulièrement s'agissant des auxiliaires de puériculture, collaboration aux activités d'éveil et d'éducation de l'enfant...)

- collaboration dans l'hygiène de l'environnement de l'enfant ou de l'adulte hospitalisé pendant son séjour et après son départ (nettoyage, décontamination, désinfection de la chambre, du mobilier, du matériel...)

L'importance de ces tâches doit être réévaluée au regard, non seulement de ceux qui les réalisent, mais aussi de l'ensemble de la communauté hospitalière. Il convient en effet de rappeler que les infections nosocomiales sont responsables dans les établissements de santé d'une morbidité et d'une mortalité très importantes puisqu'elles concernent annuellement entre 600.000 et 1.100.000 patients et sont à l'origine d'environ 10.000 décès par an. Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, dont il est indispensable d'assurer la présence au sein des comités de lutte contre les infections nosocomiales jouent, en liaison avec les autres membres de l'équipe soignante, un rôle essentiel dans la prévention et la lutte contre ces infections.

Dans l'ensemble des domaines sus-énumérés, l'activité de l'aide-soignant ou de l'auxiliaire de puériculture comporte une dimension relationnelle très importante, compte tenu notamment du temps passé auprès de la personne soignée et de sa famille. Cette relation doit prendre en considération les habitudes de vie du patient, ses valeurs et son environnement, tout en respectant sa personnalité et sa dignité. Elle revêt une importance toute particulière notamment lorsque celui-ci est un enfant, une personne handicapée, une personne atteinte d'une maladie chronique évolutive, une personne âgée, un malade en fin de vie.

(...)

Le directeur de cabinet : Benoît PARLOS  
Philippe BAS , Directeur de cabinet

