

L'EHPAD, une menace pour l'autonomie ?



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 30 mai 2023

Sous la direction de Monsieur COLLET Bernard

Note aux lecteurs et lectrices :

« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

Monsieur Collet, vous avez été mon premier contact avec l'institution de formation lors des journées portes ouvertes. J'avais donc à cœur de mettre un point final à ces trois années avec vous. J'ai eu un réel plaisir à vous avoir comme Directeur de mémoire, Référent pédagogique ou encore comme cadre formateur notamment lors de l'UE optionnelle. Je tiens à vous remercier tout particulièrement pour vos précieux conseils, votre soutien et votre disponibilité sans faille.

Je voudrais aussi remercier Clémence, Carmen, Erika, Nancy et Sofia avec qui j'ai pu traverser cette formation accompagnée quelques fois de doutes, parfois de pleurs mais bien trop souvent de fous rires. Cette formation n'aurait pas été la même sans vous !

Un très grand merci aussi à mes parents pour m'avoir toujours soutenue dans mes choix, aidée et rassurée dans certains moments de doutes. Merci également aux autres membres de ma famille pour leurs présences à mes côtés.

Merci Nathan et Léa, mes enfants, pour votre patience. Je n'ai pas toujours été une maman très disponible durant ces trois ans mais vous avez su être compréhensifs et courageux pour me permettre d'être là où j'en suis aujourd'hui.

David, je ne pourrai jamais assez te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi. Depuis ce mois d'octobre 1999 nous avançons ensemble et visiblement les défis nous caractérisent : juillet 2006, septembre 2016 et maintenant promo 20/23. Merci d'avoir été si présent, si réconfortant, si patient et d'un soutien indéfectible. Ta force aura été un moteur pour moi !

.

Table des matières

<u>1</u>	<u>Introduction</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>Situations d'appel</u>	<u>2</u>
2.1	Description de la situation	2
2.2	Questionnement	4
<u>3</u>	<u>Question de départ</u>	<u>7</u>
<u>4</u>	<u>Cadre de référence</u>	<u>8</u>
4.1	Qu'est-ce qu'une institution ?	8
4.1.1	Étymologie	8
4.1.2	Les définitions	8
4.1.3	« Du programme institutionnel » à l'institution	9
4.1.4	De l'institution à l'institutionnalisation	11
4.2	Dépendance ou perte d'autonomie ?	13
4.2.1	De la dépendance...	13
4.2.2	... à la réification...	16
4.2.3	...en passant par l'« hétéronomie ».	17
4.3	Synthèse du cadre de référence	18
<u>5</u>	<u>Enquête exploratoire</u>	<u>19</u>
5.1	Outil utilisé et guide	19
5.2	Population choisie	20
5.3	Réalisation de l'enquête	20
5.4	Analyse des entretiens	22
5.5	De la synthèse de l'enquête exploratoire vers une question de recherche	31
<u>6</u>	<u>Conclusion</u>	<u>33</u>
<u>7</u>	<u>Bibliographie</u>	<u>34</u>
<u>8</u>	<u>Table des annexes</u>	<u>37</u>

1 Introduction

Je suis en reconversion professionnelle. Précédemment j'exerçais dans le secteur ferroviaire. Mes expériences dans le paramédical sont donc, les stages réalisés depuis mon admission à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. Au travers de ces immersions je me suis notamment interrogée sur la dignité, la qualité du soin et les représentations Sociales. Cependant mon questionnement ne concernait qu'une population en particulier. Force est de constater que « les vieux », comme les nomme Jérôme Péliissier dans son ouvrage intitulé « **La nuit tous les vieux sont gris** », n'attirent pas le plus grand nombre des étudiants infirmiers. Mais, en ce qui me concerne, la personne âgée que je vois déambuler esseulée dans ce que l'on appelle un lieu de vie, me touche tout particulièrement. Peut-être que, tout comme Simone de Beauvoir l'explique dans le documentaire « **Voyage au pays de la vieillesse** », je me sens davantage concerné par cette population que cet exercice de recherche m'est demandé l'année de mes quarante-deux ans. Ces lieux de vie institutionnalisés ou EHPAD (Etablissement d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes) ont un cadre qui donne une organisation de service imposée aux soignants. Cela entraîne des situations où, pour justifier de la bonne continuité du service, le soignant « fera à la place » du résident. Il est possible que ce soit préjudiciable au maintien de l'autonomie de la personne âgée. Je me suis alors questionnée sur la prise en soin des résidents en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. En effet, au cours de mes stages, j'ai pu observer comment la vie des résidents est rythmée par le travail des équipes soignantes et par des horaires à respecter pour assurer la continuité des soins. C'est toute la difficulté, à mon sens, des lieux de vie. Il est de ce fait, difficile de prendre en compte les souhaits de chacun car ils vivent au sein même d'un établissement de soin avec un cadre institutionnel à respecter. Toutefois, l'un des principaux objectifs de ces lieux de vie est de garantir aux personnes âgées une certaine autonomie, une indépendance qui préserve leur dignité et leur confort, afin d'éviter qu'ils ne se sentent en situation de dépendance malgré les soins dispensés. Alors comment expliquer qu'un grand nombre de résidents, déclinent dès leur entrée en institution comme l'ont évoqué les soignants lors de mes stages ? Même si la plupart d'entre eux y sont placés par leur famille et pas par choix (37% par la famille et 21% par l'hôpital où les professionnels sont intervenus, comme le précise Isabelle DONNIO dans son article d'après l'étude nationale EHPA de 2002), il me semble que l'accélération de la perte d'autonomie et le cadre institutionnel sont en lien. Car un

chez-soi moins conventionnel participerait à la subjectivité de la personne âgée. L'objet de ma recherche portera donc sur la prise en soin de la personne âgée institutionnalisée. Pour cela, je vous exposerai la situation que j'ai vécu et qui constitue mon point de départ. Je m'attarderai à explorer cette situation pour en dégager une question de départ. Ensuite je m'intéresserai à ce que la littérature scientifique a déjà exploré de ma question pour en préciser certains concepts qui me permettront d'éclairer ma situation. En effet, dans cette partie il me semble important de définir ce qu'est une institution pour la mettre en lien avec l'autonomie du résident. Par la suite, je m'enquerrai de la position du terrain sur la question. Pour ce faire, je travaillerai sur les outils et méthodes nécessaires pour aller sur le terrain fort des connaissances acquises lors de l'élaboration du cadre théorique. Je présenterai l'analyse et l'interprétation des données pour dégager les résultats en tendance. Enfin il s'agira, dans une dernière partie, d'évoquer une proposition de question de recherche qui découlera de la synthèse de l'enquête exploratoire.

2 Situations d'appel

2.1 Description de la situation

La situation que j'ai choisi d'évoquer ici s'est déroulée lors de mon premier stage du semestre 3 au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes du Vaucluse. L'équipe pluridisciplinaire se compose de trois ASH, huit Aides-soignantes, deux IDE et un Médecin coordinateur. Certains intervenants extérieurs tels que kinésithérapeutes ou encore médecins traitants viennent assurer leur suivi quelques jours dans la semaine. En ce qui concerne les soignants de cet établissement, ils ont une prise de service à 7h30 et finissent leur journée à 19h30 avec deux heures de coupure (11h30-13h30 ou 13h30-15h30). La journée commence par les transmissions avec l'équipe de nuit qui est composée de deux aides-soignantes. Avant le service du petit déjeuner, je vais réaliser les prélèvements capillaires nécessaire au dosage de la glycémie des patients diabétique ainsi qu'à l'injection d'insuline en fonction de leurs protocoles respectifs. A mon retour, nous vérifions les thérapeutiques médicamenteux de chaque patient. Une fois la vérification faite, nous nous assurons du réassort du chariot infirmier comprenant : gobelets jetables, bouteilles d'eau pour les plus autonomes et mortier avec pilon (écrase comprimés), petites cuillères jetables sans oublier les compotes pour les moins compliants. Puis nous nous dirigeons vers le secteur géré par ma tutrice. En effet, cet

établissement comporte deux étages qui se partagent les quatre-vingt résidents ainsi qu'une Unité Protégée pour les personnes présentant des troubles cognitifs majeurs. Après les traitements, nous procédons à la réfection des pansements de ceux qui ont déjà eu leur toilette. Entre temps, les soignants les accompagnent dans la « grande salle ». Il s'agit d'un salon situé devant la porte d'entrée de l'EHPAD. Ils patientent, là, avant le début des activités proposées par l'établissement telles que des séances de zoothérapie, d'activité sportive adaptée aux personnes en perte d'autonomie, de loto, de jeux de mémorisation ou encore de concert. Il n'est d'ailleurs pas rare de voir l'IDE finir la distribution des comprimés ou bien encore changer un pansement simple dans cette salle. En fin de matinée, lorsque la première infirmière prend sa pause, la deuxième est seule pour l'administration des traitements de midi. Le début d'après-midi est consacré aux mises à jour des dossiers patients (transmissions écrites) ainsi qu'à la vérification et la préparation des médicaments de 16h. Puis à leur retour elles réitèrent ces opérations pour le tour de 18h. Ce sont des journées bien rythmées qui ne laissent que peu de place aux impondérables.

J'y suis en stage depuis un peu plus de deux semaines, il est 7h30 du matin et nous commençons donc par les transmissions avec les Aides-Soignantes des différents secteurs. Puis nous préparons notre chariot comme évoqué précédemment. Lors du tour pour l'administration des traitements médicamenteux, l'infirmière me demande de me rendre chez Monsieur C car il s'est plaint aux ASH, lors du petit déjeuner, de ne pas avoir ses comprimés suffisamment tôt. Nous vérifions et validons ensemble ses traitements que je lui apporte dans la foulée. Je tape à sa porte et entre après qu'il ait dit « oui ! ». Il est âgé de 83 ans, il est grand avec des yeux marrons, il parle fort car il est malentendant mais ne porte pas d'appareillage. C'est un homme souriant, agréable et sociable. Sa chambre est plutôt petite mais cosy avec quelques affaires personnelles. Sa fenêtre est illuminée par le soleil dont il reproche son réveil quotidien. Monsieur prend tous ses repas au restaurant de l'établissement et finit ses plateaux. Il se déplace en déambulateur lorsqu'il est à l'extérieur de sa chambre. Il sourit lorsqu'il me voit approcher de son lit les médicaments à la main. Je lui demande donc de s'asseoir pour être installé confortablement. Il avale les onze comprimés du matin, que j'ai préalablement déposés sur son adaptable, avec un verre d'eau. Nous discutons un peu ensemble et j'apprends notamment qu'il a été conducteur de train sur Avignon. Tout en se recouchant, il me dit qu'à présent il attend que quelqu'un vienne pour la douche. En effet, tous les matins, pour les moins autonomes les aides-soignantes les accompagnent pour les gestes de la vie quotidienne. Toutefois ce Monsieur

peut se mobiliser seul puisqu'il traverse le long couloir qui sépare sa chambre de l'ascenseur pour prendre ses repas ou participer aux diverses activités et animations proposées par l'établissement. Il pourrait commencer à préparer ce dont il a besoin car il en est tout à fait capable et ne présente pas de troubles cognitifs majeurs. Mais, il a préféré se recoucher et attendre dans son lit. Comme si la vie en institution avait ritualisé sa façon de concevoir le déroulement d'une journée. Il vit seul, n'est pas marié et n'a pas d'enfant. Contrairement à la grande majorité des personnes âgées en institution il ne semble pas être contraint par ce mode de vie.

La rationalisation des soins imposée par la temporalité institutionnelle va conduire à mettre en place des actes qui vont répondre à une organisation générale et ceci afin d'optimiser la gestion de l'établissement. En effet, le temps mis pour une toilette, pour un change ou encore pour l'administration de traitements médicamenteux doit répondre à des exigences de norme de qualité mais quid de la qualité du soin et de sa singularité ? Finalement est ce que le rythme imposé par le cadre institutionnel ne viendrait pas insidieusement contribuer à la perte du peu d'autonomie dont dispose le résident ?

2.2 Questionnement

Au cours de ma formation, je suis allée dans deux EHPAD privé et public. Ils avaient le même mode de fonctionnement. La journée commence par le levé, la toilette, le petit déjeuner puis les résidents sont « parqués » dans un endroit de l'établissement nommé chez l'un pièce commune, petit salon pour l'autre. Une pièce centrale car passage obligé pour se rendre d'un côté à l'autre de la résidence ou du service. On y trouve des fauteuils, des tables et une télévision certainement dans le but de la rendre chaleureuse. Peu importe le nom qu'il leur est attribué il n'y a pas plus impersonnel. Il est à noter, d'ailleurs, que la très grande majorité d'entre eux ne se parle même pas. Ils sont tous ensemble mais pourtant bien seuls. Pas un sourire. Ils attendent. Est-ce par lassitude ou habitude ? Pourquoi ne décident-ils pas eux-mêmes du déroulé de leur matinée ? Bien évidemment à midi le repas sera servi et ils auront vingt minutes montre en main pour finir leur plateau. Mais dans l'intervalle ils attendent. Ils pourraient entreprendre l'activité de leur choix puisqu'ils sont chez eux. Mais finalement le sont-ils vraiment ?

Dans ma situation j'évoquais le cas particulier de Monsieur C mais ce n'est pas un cas isolé. Tous connaissent le rythme de ces lieux de vie. Et tous s'y plient. Par exemple, pas un ne demande à prendre sa douche le soir plutôt que le matin. Le fonctionnement est ainsi fait. Le même chaque jour ponctué par l'administration des traitements tel un protocole que l'on appliquerait pour uniformiser la prise en soin. Des règles de bonnes conduites qui conduisent à l'objectivation de la personne âgée. En effet, quand un lieu de vie applique ces règles à l'ensemble des résidents on peut se poser la question de la singularité. Mais dans quel intérêt ? Est-ce que cette organisation ne viendrait pas répondre aux exigences des gestionnaires ? Où est la place du sujet, ses désirs, ses choix, ses envies ? Dans ces conditions je me demande si l'autonomie peut réellement être préservée ? La personne âgée en institution doit être compliant, elle n'a pas le choix. En effet pour le bon fonctionnement de la journée elle doit correspondre aux attentes imposées par le cadre institutionnel. N'y a-t-il pas, de ce fait la construction d'un résident type ? Cette optimisation de la journée va, à mon sens, phagocyter le sujet jusqu'à ce qu'il perde une part de son identité. Cela va tendre à le rendre plus dépendant encore de ce lieu de vie. En outre, le GIR (groupe iso-ressources) qui correspond au niveau de perte d'autonomie de la personne âgée, va insuffler une ambiguïté entre dépendance et perte d'autonomie. Pour ce faire je reviendrai sur le terme « autonomie » dans le champ de la vieillesse, lors de l'élaboration du cadre de référence. *« Cet outil d'évaluation sera utilisé pour établir la charge en soin et de ce fait la charge de travail que représente un résident. La personne devient un objet de comptabilité pour quantifier le travail à faire et le coût qu'il engendre. Les EHPAD se basent sur le GIR moyen Pondéré (GMP) et le Pathos moyen Pondéré (PMP). Le GMP est donc une moyenne des GIR des résidents, c'est-à-dire le niveau de dépendance de chacun. Le PMP donne la « lourdeur en soins médicaux d'un malade moyen parmi la population de l'EHPAD »* [Delouette, I, Nirello, L, 2016/7 (Vol. 34), p.393]. Ces indicateurs sont donc des outils d'évaluation du temps que chaque soignant doit passer avec un résident, des outils de quantification de matériels et de personnels nécessaires. Ainsi un résident grabataire en fauteuil roulant demandera une mobilisation du personnel soignant plus importante qu'un patient en pleine capacité de ses moyens. Le premier nécessitera une prise en charge régulière pour les soins de nursing, pour les mobilisations ou encore pour l'administration de thérapeutiques médicamenteuses quand le deuxième sera à même de réaliser la plupart de ces soins seul. Dans les EHPAD les tâches, les savoirs faire et les compétences sont réparties entre les ASH, les AS et les IDE. Nous pouvons considérer que la division du

travail en tâches simples permet une standardisation des pratiques. Cela afin de maîtriser le temps passé avec chaque résident ainsi que d'uniformiser la prise en soin. L'objectif ici étant la performance. Mais comment performer quand ce modèle induit une dépendance? Comment performer quand la vulnérabilité des résidents n'est plus prise en compte? Enfin, comment performer quand ce modèle annihile l'être humain? Il semble que la réification de la personne âgée soit indéniable. En effet, il apparaît plus simple de considérer une personne âgée comme défaillante. Cela nous permet de faire à sa place sans culpabilité. Ne pas demander l'avis, le désir ou le choix est un gain de temps certain. Il y a de ce fait, beaucoup moins d'échange, on s'en tient au minimum pour optimiser les actes. Par exemple, dans le choix des vêtements au moment de l'habillage, la toilette systématique le matin plutôt que le soir ou encore une place attribuée au réfectoire. Toutes ces décisions unilatérales ont pour seul objectif de gagner du temps et de ce fait d'optimiser le rendement de la prise en soin. C'est ainsi que « *Les personnes dépendantes accueillies en établissement deviennent les variables d'ajustement d'une logique comptable avec un rapport de plus en plus distant avec les besoins individuels et sociaux* » [Delouette, I, Nirello, L, 2016/7 (Vol. 34), p396]. Nous pouvons nous demander dans quelles mesures la gestion de ces établissements peut laisser place à l'expression des résidents ?

Certains termes évoqués plus haut tels que gestionnaires, exigences, fonctionnement ou encore optimisation ont un fort empreint de rendement. J'ai alors regarder s'il n'existait pas d'autres types de structures pour personnes âgées dépendantes. Des habitations qui leur permettraient d'être « comme à la maison » à l'instar du modèle canadien « Carpe Diem » ou les « Maisons de Crolles » en France. Dans ces hébergements les accompagnements sont rythmés par la vie quotidienne de chaque habitant en priorisant la relation. La liberté de chacun est recherchée, les horaires sont libres, les habitudes et les choix de vie seraient respectés. Il est possible de circuler, d'aller et venir, grâce à un accompagnement adapté, y compris à l'extérieur. Ils vivent comme s'ils étaient dans leur propre domicile. Est-ce que cela complique la prise en soin ? Est-ce que cette adaptation au rythme de chacun est contraignante pour l'équipe soignante ? Est-ce que cela implique une logistique complexe ? Ces nouvelles structures émergentes peuvent nous faire réfléchir à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vieillissantes.

Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation : « *Au 1^{er} janvier 2020, la population française continue de vieillir. Les personnes **âgées** d'au moins 65 ans représentent 20,5 % de la population, contre 20,1 % un an auparavant et 19,7 % deux ans auparavant. Leur*

part a progressé de 4,7 points en vingt ans » (source INSEE 27/02/2020). Actuellement, les lieux de vie institutionnalisés ont un cadre qui donne une organisation de service imposée aux soignants. Cela entraîne des situations où, pour justifier de la bonne continuité du service, le soignant « fera à la place » du résident. Il est possible que ce soit préjudiciable au maintien de l'autonomie de la personne âgée. Il n'est pas rare de voir les soignants pousser un fauteuil plutôt que d'accompagner le résident en marchant jusqu'au réfectoire. Ces actes répétés peuvent être délétères au maintien de l'autonomie des personnes âgées. Toute absence de stimulation quelle qu'elle soit ne fera que favoriser une grabatisation précoce.

3 Question de départ

Cette situation renvoie à l'objectivation de la personne âgée. Elle devient un objet de soin. Elle n'est considérée que par ce qui la caractérise, ici, la vieillesse voire la fin de vie. De ce fait, quelle est la place du « sujet » en EHPAD puisque ce qu'elle veut n'est plus pris en compte.

Pour toutes les questions évoquées précédemment j'ai décidé de dégager la question suivante :

« En quoi l'organisation des soins imposée par l'institution impacte l'autonomie du résident »

4 Cadre de référence

4.1 Qu'est-ce qu'une institution ?

4.1.1 Étymologie

Il s'agit d'un nom formé à partir du verbe latin « instituo » qui signifie « instituer ». Il se compose lui-même d'un préfixe « in » qui veut dire « dans, sur » et du verbe « statuo » qui signifie établir, placer comme principe, organiser quelque chose qui existe. Il renvoie donc à l'idée d'organisation à la base d'un système. Dans ces lieux de vie l'organisation des soins est à la base du système de santé. Cela va sous tendre l'idée d'un conformisme pour un rendement optimal.

4.1.2 Les définitions

Je me suis questionné sur la définition de ce mot. Le Larousse en donne la signification suivante : « *action d'instituer quelque chose* », et le verbe instituer veut dire: « *Etablir quelque chose, le fonder d'une manière durable* ». Il y a donc une forte connotation de mouvement, d'action et de cause pérenne. Ce qui, à mon sens, peut poser question. En effet, est-ce que les EHPAD ont vocation à instituer ? Le dictionnaire donne, également, la signification suivante : « *Etablissement d'enseignement privé : institution religieuse* ». En effet, cela correspondrait donc à un lieu où l'on dispense de l'éducation, de l'instruction, comme l'armée, l'école ou encore l'église. Ces établissements seront alors à interpréter plutôt comme : « *Norme ou pratique socialement sanctionnée, qui a valeur officielle, légale ; organisme visant à les maintenir* ». Nous pouvons constater un nombre important de définitions pour caractériser l'institution. Toutefois, à mon sens, elles ne correspondent pas à ce qu'est un EHPAD. Je me suis alors orientée vers des ouvrages/articles pour appuyer mon propos.

4.1.3 « Du programme institutionnel » à l'institution

François DUBET dans son ouvrage, *Le déclin de l'institution*, évoque le « programme institutionnel » plutôt que l'institution. Pour cet auteur, le programme institutionnel fait référence à des valeurs intouchables comme: « hors du monde » [Dubet, F, 2002, p. 29]: « *que l'église parle de Dieu, l'école républicaine de la raison, l'hôpital de la charité ou de la science, il s'agit toujours d'un principe central qui prétend entrer dans le monde par un travail de socialisation de l'institution, tout en restant fondamentalement extra-social, au-dessus des particularismes des mœurs.* » [Dubet, F, 2002, p. 27]. Il s'agirait, ici, d'une doctrine prétendant que ce programme permettrait d'intégrer les normes et les valeurs de l'institution dont dépendent les individus. Si l'on considère que la valeur de l'hôpital est « la charité », alors le soignant sera totalement dévoué, bienveillant ou encore complaisant. Cette notion religieuse renvoie à la vocation qui caractérisait les premières femmes à exercer le métier d'infirmière. L'auteur ajoute : « *Dans tous les cas, le programme institutionnel fonctionne, soit par ce que tout ce qui est dit a une importance solennelle et publique, soit parce que ce qui est dit ne sera jamais divulgué mais enfermé dans le colloque singulier de la confession, de la classe, de la rencontre du médecin et du malade ou de celle du travailleur social et de son client* » [Dubet, F, 2002, p. 29]. A mon sens, l'auteur met en avant le caractère officiel et indéniable des décisions d'une organisation d'un groupe ou d'une profession. Ceci afin de justifier, d'excuser ou de rendre légitime des actes, comme par exemple, des soins d'hygiène et de confort prodigués trop vite, ou encore, faire à la place du résident plutôt que de le laisser faire. Tout ceci pour favoriser la bonne continuité de l'organisation du service. Par ailleurs, pour lui, l'enjeu de ce programme institutionnel est double. « *D'une part l'institution socialise l'individu au monde tel qu'il est, elle lui inculque un habitus et une identité conformes aux exigences de la vie sociale. Et d'autre part, le programme institutionnel en fait un sujet capable de se maîtriser et de construire sa liberté par la grâce de la foi ou de la Raison* », « *autrement dit la socialisation et la subjectivation s'enchainent dans un même processus* ». D'après l'auteur, « *le programme institutionnel produit un individu autonome* » [Dubet, F, 2002, p. 35]. D'ailleurs, « *il n'est pas naïf de rappeler que, dans le programme institutionnel cette volonté de contrôle procède toujours d'un projet plus large, celui de révéler ou de restaurer un sujet.* » [Dubet, F, 2002, p. 34]. Contrairement à ce qu'avance ici François DUBET, je me demande, en réalité, si nous ne dépendons pas de l'institution. En effet, de quelle manière peut-il y avoir un sujet

autonome quand le besoin de conformisme engendre, à mon avis, un sujet dépendant ? Nous nous conformons pour pouvoir consommer, pour pouvoir être accepté ou encore pour faire en sorte qu'un service tourne, mais sommes-nous réellement libres comme le sous-entend l'auteur ? Je retiendrais, par ailleurs, que l'auteur déplore le fait que l'« *institution a été réduite à un système de contrôle total des corps et des âmes, à un système de pur dressage visant la destruction de toute objectivité autonome* » c'est-à-dire qu'il s'agit de « *simples machines à conformer et à discipliner, à détruire toute individualité* » » [Dubet, F, 2002, p. 34]. Pourtant, lorsque la division du travail en tâches réalisée par la personne compétente pousse à l'individuation, je pense que l'on peut admettre une telle définition de l'institution.

Par ailleurs, pour l'auteur il y a une contradiction due au fait que cela crée des inégalités sociales. En effet, selon lui, la complémentarité entre l'intégration sociale (« *coordination des actions individuelles se fait par le partage d'une culture commune* » : DURKHEIME) et l'intégration systémique (« *l'unité de la vie sociale est le produit de mécanismes objectifs, impersonnels comme l'argent, le marché ou le pouvoir indépendamment d'un accord préalable entre les individus* » : SPENCER) « *renvoient l'un à l'autre et se renforcent mutuellement, quand l'objectivité des opinions et des représentations correspond à l'objectivité des positions et des rôles* » [Dubet, F, 2002, p. 57]. Si l'on transpose cette idée au fonctionnement des EHPAD où chaque fonction a sa tâche, nous pouvons penser qu'il n'y a plus aucune transversalité. Chacun y verra son propre intérêt. Et c'est en ce sens que « *cette perspective sociologique réduit l'institution au produit émergent des relations et des stratégies, puisqu'elle est sans illusion de réconciliation, ne croyant plus que l'action ait un « centre »* » [Dubet, F, 2002, p. 58]. Je pense, qu'agir pour éviter toute réflexion, engendre un côté rassurant quand on sait ce que l'on a à faire. L'automatisation des actes permet une maîtrise voire un contrôle qui peut, par contre, annihiler le questionnement sur la pratique du soignant.

Il conclut son propos en affirmant que « *dans ce contexte l'hôpital n'est pas un programme institutionnel réalisant des valeurs essentielles de la modernité ou de la tradition mais il est le produit plus ou moins stabilisé d'une négociation continue entre des groupes ou des personnes* » [Dubet, F, 2002, p. 58]. Cela repose également sur le fait que, pour l'auteur, les travailleurs sociaux, l'école et l'hôpital ont un point commun, ici, « *le travail sur autrui* » mais dont « *« les objets » de ce travail deviennent progressivement des usagers ou des clients* » [Dubet, F, 2002, p. 61].

Pour cela, il en dégage trois logiques :

« **Le contrôle social.** *Tout travail sur autrui consiste à attribuer un rôle, à conférer une identité institutionnelle et à attendre d'autrui qu'il se conduise conformément à cette position* » [Dubet, F, 2002, p. 78]. La personne âgée est ainsi réduite à sa vieillesse, à sa dépendance ou encore à sa défaillance. Il n'y a plus chez elle sa part identitaire qui la caractérise.

Ensuite : « **le service.** *Le travailleur est considéré comme un expert devant s'acquitter efficacement des tâches techniques, mais à cette expertise strictement technique s'ajoute un ensemble de compétences tenant au développement de l'organisation lui-même. Cette logique d'action considère autrui comme un ayant droit, comme un client pouvant exiger une qualité de service* » [Dubet, F, 2002, p. 79]. Dans certains services, le patient sera exigeant mais il pourra aussi être dans l'attente comme nous pouvons le constater dans les EHPAD. Le « vieux » a sa place de personne dépendante à qui les équipes soignantes ne demandent pas forcément son choix, son avis ou son opinion. En effet, elles savent ce qui doit être fait et comment pour que l'organisation n'en pâtisse pas. Mais cela, souvent au détriment de ce que ressent le résident.

L'auteur fini par « **la relation.** *Enfin le travail sur autrui est défini comme une pure relation entre les individus, comme une rencontre aléatoire engageant deux personnes* ». Dans sa critique de ces trois logiques il conclut en stipulant que « *le contrôle devient brutalité aveugle, le service devient soumission aux clients, la relation devient narcissisme et démagogie* » [Dubet, F, 2002, p. 81].

Pour autant, il y a, à mon sens, une approche plus réaliste de ce qu'est une institution pour personne âgée dépendante à ce jour.

4.1.4 De l'institution à l'institutionnalisation

Russel BARTON parle de *Névrose institutionnelle* en stipulant que les personnes prises en charges au sein d'un cadre institutionnel psychiatrique seraient amenées à développer les signes suivants : « *apathie, manque d'initiative, une perte d'intérêt plus accentué pour les choses et les événements non immédiats personnels ou présents, la soumission docile, et parfois l'absence de ressentiment exprimé envers des ordres rigoureux ou injustes* » [Barton, R, 1974, p. 10]. De plus, il impute ces signes à diverses causes telles que :

- « 1- perte de contact avec le monde extérieur,
- 2- oisiveté forcée,
- 3- Autoritarisme du personnel médical et infirmier,
- 4- Perte des amis et des biens personnels, effacement de la vie personnelle,
- 5- Médicaments,
- 6- Atmosphère du service,
- 7- Effacement des perspectives de réinsertion sociale » [Barton, R, 1974, p. 16].

Je pense que l'ensemble de ces items peut être transposé à l'institution qu'est l'EHPAD, et ne pourraient-ils pas être considérés comme des facteurs responsables de la réification des résidents ?

Par ailleurs, dans son ouvrage, *Dépasser les souffrances institutionnelles*, Didier ROBIN définit ce qu'est une institution. Pour l'auteur « *dans le secteur de l'aide aux personnes, une institution est simplement un établissement prodiguant des soins, des actions éducatives, sociales ou préventives* » et il précise aussi que « *ce mot sera d'autant plus facilement utilisé qu'il désignera un établissement résidentiel* » [Robin, D, 2013, p. 72]. Nous pouvons constater que les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes rentrent dans le cadre de cette définition. Toutefois et comme le précise l'auteur cette définition est restreinte. En effet, il affirme que l'institution a une double nature : « *D'une part, son mouvement créateur, proprement action d'instituer, de fonder, d'établir, est mis en avant par le participe présent du verbe qui nomme le mouvement : c'est l'instituant. D'autre part, le participe passé du même verbe vient désigner le résultat du mouvement créateur. L'institué, c'est ce qui s'est cristallisé, figé, établi* » [Robin, D, 2013, p. 74]. Le parallèle peut se faire aisément avec les EHPAD dans la mesure où, à mon sens, « l'instituant » recouvre l'organisation des soins et « l'institué » représente la personne âgée. L'instituant va de ce fait façonner l'institué. L'organisation des soins va modeler le résident de façon à ce qu'il corresponde à ses attentes. Le rendant ainsi de plus en plus dépendant à cette même organisation. Il va attendre qu'on lui dise quoi faire et quand le faire, voire, qu'on le fasse à sa place. En réalité, je pense qu'il s'agit plus d'une institutionnalisation de la personne âgée qui serait à entendre comme un processus de

disqualification sociale des « vieux ». Tout ceci, pour moi, est à comprendre du mot institution quand il est rattaché à la prise en charge de la personne âgée dépendante.

Les modes d'hébergements des personnes âgées ont beaucoup évolué depuis le 19^{ème} siècle. Toutefois, nous pouvons constater que quel que soit le nom donné à ces établissements, la définition que l'on entend de l'institution, conditionnera la représentation que l'on se fera des personnes âgées. Après analyse des différents points de vue évoqués dans ce travail, l'EHPAD apparaît à mes yeux comme une institution qui pourrait façonner, modeler voire réifier le résident. Par conséquent, je me demande dans quelle mesure l'autonomie de celui-ci peut être conservée ?

4.2 Dépendance ou perte d'autonomie ?

4.2.1 De la dépendance...

Dans le « champ de la vieillesse » il me semble indispensable de mettre en corrélation l'institution et l'autonomie. A mon sens, la première va avoir des effets sur la seconde. Il sera alors nécessaire de distinguer l'autonomie de la dépendance, trop souvent confondues voire utilisées en lieu et place de l'autre quand on parle des personnes âgées. Bernard Ennuyer dans *Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse*, avance l'idée que tout en étant autonome nous dépendons toujours de quelqu'un ou de quelque chose. Il n'y a donc pas d'autonomie sans dépendance. Pour l'auteur « *l'autonomie est devenue une valeur suprême* » [Ennuyer, B, 2013, p. 3] sous l'influence du contexte dans lequel elle évolue. En effet, nous pouvons nous demander si aujourd'hui nous sommes réellement autonomes et surtout, de quelle autonomie nous parlons. Est-ce notre capacité à agir par nous-même ? L'auteur précise que nous sommes en relation constante avec autrui. Notre autonomie va donc se développer par ce qu'elle est relationnelle. Par exemple, plus nous avons de connaissances plus nous pouvons faire nos propres choix. Mais ces dites connaissances nous seront apportées par autrui. Il y a donc l'implication d'une dépendance. A ce sujet, l'auteur explique que la dépendance peut être définie selon le dictionnaire comme : « *situation d'une personne qui dépend d'autrui* » et développe en disant que « *le verbe « dépendre » a lui-même plusieurs sens.*

Le premier, « ne pouvoir se réaliser sans l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose », exprime l'idée d'une solidarité de faits, le deuxième, c'est « faire partie de quelque chose, appartenir à », le troisième enfin, le plus récent, c'est « être sous l'autorité, la domination, l'emprise », et il est connoté comme assujettissement, servitude, subordination » [Ennuyer, B, 2013, p. 5]. Nous pouvons constater trois positions bien marquées. En effet la première est connotée positivement puisqu'elle est empreint d'une certaine solidarité, de lien, de relation ou encore d'interdépendance à autrui. La deuxième, quant à elle, renvoie plus à une notion identitaire qui définirait qui nous sommes. Par contre la troisième position marque très clairement l'assujettissement et l'emprise. Ici le terme dépendance prend tout son sens péjoratif. Quid de ces établissements d'hébergements pour personnes âgées qui dans leurs acronymes font très clairement apparaître cette notion ? Pour l'auteur « *L'annexion du vocable dépendance par les gériatres a donc connoté la dépendance négativement* » [Ennuyer, B, 2013, p. 5]. En effet, il explique que tous les documents officiels y compris de formation et d'enseignement reprennent les définitions suivantes : « *Dépendance-domaine : Médecine-définition : situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc. Note : la dépendance du malade, de l'invalidé, du vieillard n'aboutit le plus souvent à la privation ou l'abdication de son autonomie que par le cumul et la combinaison de dépendances ajoutées, qui sont d'un autre ordre que la pathologie organique ou fonctionnelle, par exemple d'ordre économique, financier, social. Voir aussi : perte d'autonomie* ». Et à *perte d'autonomie*, terme lui aussi obligatoire, nous trouvons comme définition : « *domaine : médecine-sciences sociales, impossibilité pour une personne d'effectuer certains actes de la vie courante dans son environnement habituel* » [Ennuyer, B, 2013, p. 6]. C'est en ce sens qu'Ennuyer stipule que la gériatrie joue avec ces deux termes que sont l'autonomie et la dépendance, afin d'instaurer une ambiguïté. De ce fait, la perte d'autonomie et la dépendance signifieraient la même chose. Nous pourrions constater que, progressivement, la dépendance sera utilisée indifféremment avec la perte d'autonomie. Cette dernière étant d'ailleurs reprise comme diagnostic infirmier lors de mesures afin d'évaluer la dépendance par le questionnaire des établissements. Pour l'auteur, il y aurait donc une volonté sur cette confusion des mots, ce qui déterminerait les pratiques soignantes. En effet la dépendance serait plutôt fonctionnelle alors que la perte d'autonomie tendrait vers la réification de la personne âgée. Par conséquent, si le résident n'est que

dépendant mais que nous le considérons comme en perte d'autonomie, il y aurait des dérives vers une prise de décision pour lui. C'est-à-dire que si l'on considère que la personne ne peut plus faire de choix, alors, bien évidemment le soignant le fera pour elle. Nous pouvons, de ce fait, facilement imaginer que le temps gagné lors de l'exécution d'un acte justifiera de faire à la place du résident. En effet, il sera plus facile d'enchaîner les actes plutôt que de prendre le temps de discuter avec les personnes au risque de ne pas finir dans les temps.

De surcroît, l'auteur met en avant deux constats : « *la dépendance « incapacitaire » fait référence à un état de vieillesse, essentiellement individuel et biologique* » et « *la « dépendance-lieu social » renvoie à une vieillesse qui est le résultat d'un parcours social et biologique, donc une construction sociale dans une forme d'organisation sociale déterminée. Suivant la vision de la vieillesse, les réponses apportées par les politiques sociales vont être alors totalement différentes : réponse plus curative, plus médicale, plus individuelle dans le premier cas, réponse plus préventive, plus collective, plus correctrice des inégalités dues aux parcours sociaux, dans le second* » [Ennuyer, B, 2013, p. 8]. Donc pour lui, selon la conception que nous avons de la vieillesse avec cette notion de dépendance qui la caractérise dans le premier constat, les politiques publiques changeront. En effet, si l'on considère que la dépendance est un problème alors il faudra le traiter, trouver une solution à cet « *état de vieillesse* ». Est-ce que les EHPAD seraient à envisager comme éléments de réponse ? En effet, dans une société où l'on prône le jeunisme ou encore la performance, il apparaît alors que la vieillesse comme incapacité ne peut être que péjorée. Dans ce contexte général le « vieux » devient improductif et doit être sorti du système. Que devons-nous faire d'eux dans ce contexte ? Car pour être cohérent dans une société d'hyper productivité, la vieillesse doit être rejetée. La définition de la vieillesse donnée par les dictionnaires tels que Le Robert précise qu'il s'agit de la « *dernière période de la vie humaine, temps de la vie caractérisé par le ralentissement des activités biologiques (sénescence)* ». La première partie de cette définition suggère donc la notion de finitude qui est définie par le Larousse comme étant un « *caractère de l'être humain, considéré comme ayant la mort en lui à chaque instant de sa vie* ». Cela va, de ce fait, placer les personnes âgées en marge de la société puisqu'elles deviennent un poids, une charge, un problème. Elles seront donc placées en institution du fait de leur incapacité. Cela ne risque-t-il pas de provoquer une intériorisation de leur condition ?

4.2.2 ... à la réification...

Dans sa thèse, *De la démentalisation à la réification*, Nicolas Floury précise qu'« *Il faut donc penser ici le concept de réification dans le sens précis de ne plus tenir compte du sujet, ou de la subjectivité de l'individu, mais de ses seuls symptômes. C'est-à-dire principalement ne plus tenir compte des désirs, des pensées, des velléités, et des fantasmes de l'individu. C'est dire que l'on ne peut plus instituer l'autre comme interlocuteur, et qu'il nous reste plus qu'à observer, évaluer ce qu'il nous donne à voir (ou ne nous donne plus à entendre)* » [Floury, N, 2008/9, p. 17]. Il évoque bien évidemment la chosification de la personne âgée. Un objet que l'on déplace à notre guise est plus facilement malléable. Il s'opposera moins aisément et acceptera de fait sa condition. Penser pour elle, l'habiller avec ce que nous jugeons être adéquat ou encore l'installer aux côtés d'autres résidents dans l'attente du prochain repas ne m'apparaît pas être une prise en compte de leur choix. En effet, nous pouvons penser que prendre le risque d'engager une discussion pourrait être délétère à l'organisation journalière. Il est donc plus facile de faire pour eux. La question de la temporalité est centrale dans ces lieux de vie. D'abord pour le soignant puisqu'il doit répondre à certains critères imposés par le cadre institutionnel. Mais aussi pour le résident puisqu'il passe son temps à attendre la prochaine étape qui le rapprochera toujours plus du jour suivant.

Par ailleurs, chosifier un être humain permet également de ne pas trop s'investir émotionnellement. En effet, l'auteur dit que « *Si l'institution gérontologique représente logiquement la mise à l'écart de la mort voulue par notre société, elle place les professionnels dans une situation de grande vulnérabilité. Confrontés à l'obligation d'accomplir la « tâche primaire paradoxale » de l'institution, ils ne peuvent à leur tour que décliner divers protocoles de soins pour tenter de se protéger. L'ensemble des nécessaires bonnes pratiques conduisent inmanquablement à la réification des personnes âgées qui ne sont plus alors que des corps fragilisés. Ainsi les professionnels ne s'occupent plus de mortels mais de malades rejetés par leurs familles* » [Floury, N, 2008/9, p. 24]. En effet et comme je le précisais plus haut, la division du travail en tâches réalisées par la personne compétente pousse à l'individuation. C'est à dire que chacun fait sa part et au plus vite c'est fait, au mieux c'est, pour ne pas avoir à réfléchir sur nos pratiques professionnelles. Tout ceci pose la question de l'application des règles de bonnes pratiques. Elles rassurent et uniformisent les actes mais ne peuvent-elles pas être adaptées ? Il faut, à mon sens, se rendre compte combien la considération que nous avons de la personne âgée peut

influencer nos représentations et de ce fait nos pratiques. Avoir le choix me paraît être une des conditions à l'adaptation aux règles et par conséquent une prise en compte de la considération. Toutefois, le questionnement quant à leurs choix ou leurs désirs doit-il être unilatéral ? Je me demande pourquoi les soignants devraient systématiquement le leur demander. Je m'explique : pourquoi « les vieux » ne peuvent-ils pas, d'eux-mêmes, exprimer leurs désirs ? Pourquoi finalement l'effort devrait être fait par les soignants ? Il y a peut-être, ici une sorte de conformisme de la personne âgée ? Nous tenterons de l'aborder dans le point suivant.

4.2.3 ...en passant par l'« hétéronomie ».

Il apparaît nécessaire d'évoquer la notion d'« hétéronomie » reprise par Michèle Ansart-Dourlen dans l'article *CASTORIADIS. Autonomie et hétéronomie individuelles et collectives. Les fonctions de la vie imaginaire*, dans lequel elle précise que selon lui « *l'hétéronomie, est consentement et obéissance à des lois extérieures qui sont issues d'une autorité transcendante, -ou, au niveau individuel, à des règles et d'impératifs émanant d'un « surmoi » au sens freudien répressif, auquel le sujet se soumet inconsciemment* ». Ramenée aux établissements pour personnes âgées dépendantes, l'organisation des soins représente l'autorité à laquelle le résident va se plier. Il répondra, ainsi, favorablement au protocole de soin voulu par l'institution et même si cela lui est délétère. C'est-à-dire qu'il fera en sorte de correspondre en tous points à ce que l'institution attend de lui. Elle continue en stipulant que « *Les membres d'une collectivité trouvent dans ces significations imaginaires un sens unificateur de leur existence sociale, et une représentation d'eux-mêmes qui sont porteurs d'hétéronomie, lorsqu'ils sont imposés par un pouvoir et des idéaux leur apparaissant extérieurs à eux-mêmes –sans d'ailleurs qu'ils en soient toujours conscients, d'où, selon Castoriadis, la puissance du conformisme* ». De plus, on note que cette notion est définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales comme le : « *Fait d'être influencé par des facteurs extérieurs, d'être soumis à des lois ou des règles dépendant d'une entité extérieure* ». Il y a, donc, une certaine fatalité à l'acceptation de la condition dans laquelle est assignée la personne âgée. Il n'y a plus de place à la subjectivité, autrement dit il y a une suppression de la singularité. Le résident est prié de s'inscrire dans le fonctionnement de ces lieux de vie.

4.3 Synthèse du cadre de référence

Tous les établissements de soins sont soumis à une organisation qui va dicter le comportement des soignants mais aussi des résidents. Il n'est pas rare de voir des soignants courir après le temps qui défile tout au long de la journée. Et au contraire des résidents, qui eux vont attendre que le temps passe. Ainsi, nous conviendrons, qu'ici, l'organisation des soins est à entendre comme le fait d'organiser la prise en charge afin d'améliorer voire optimiser la continuité des soins. Cela est à envisager telle une démarche de qualité dont la notion d'efficacité est centrale. En effet, lorsque le travail des soignants est scindé en tâches pour répartir les actions de chacun, l'individuation est mise en avant. Ainsi le soignant, pris dans le système organisationnel, ne pourra qu'agir, être dans l'action, le faire. L'institution sera ce lieu où l'automatisation est centrale au risque d'enlever une certaine prise de recul face à certaines situations de soin. Elle sera « *l'instituant* » c'est-à-dire ce participe présent qui va « *fonder, établir ce mouvement créateur* ». Le résultat « *figé* » du participé passé qu'est l'« *institué* », n'aurait-il pas d'autre conséquence qu'un processus de disqualification sociale que subit le résident ? De plus, le rythme de l'« *instituant* », même s'il est parfois rassurant (notamment pour les nouveaux arrivés), pourrait augmenter la dépendance des « vieux » à ces institutions. Même si, tout en étant autonome nous dépendons tous de quelqu'un ou de quelque chose, dans ce contexte la personne âgée va accepter de s'inscrire dans un fonctionnement délétère. Ce conformisme pourrait extraire toute sorte de singularité voire toute identité. Elle deviendrait source d'impondérables qui viendraient mettre à mal l'organisation des soins imposée aux soignants et aux résidents. Ainsi, les soignants s'en remettent aux protocoles pour justifier leurs actes de soins afin de répondre aux attendus de l'institution. Dans ce travail, l'approche théorique nous laisse à penser que la réification de la personne âgée pourrait apparaître alors comme une stratégie. Leurs choix ne leur appartiennent plus. Nous nous retrouvons, ainsi, avec des soignants qui agissent comme si les personnes âgées devenaient des choses, des objets que l'on déplace de-ci de-là. Et des résidents qui, du fait même de leur qualificatif, sont établis de manière habituelle dans ces lieux de vie acceptant ainsi leur condition.

A l'issue de ces recherches conceptuelles et théoriques par l'exploration de revues de littératures, une enquête sur le terrain auprès de professionnels pourra permettre de vérifier ou/et d'apporter d'autres éléments qui n'auraient pas été abordés.

5 Enquête exploratoire

5.1 Outil utilisé et guide

Dans le cadre de ce travail de recherche, j'ai utilisé trois entretiens semi directifs afin de laisser un discours libre chez les professionnels que j'ai rencontrés. Les entretiens semi directifs sont définis comme étant : « *une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien* » (Euréval, 2010).

Ce type d'entretien est élaboré en amont de la rencontre avec la création d'un guide d'entretien. Il n'est pas figé quant à l'ordre des questions ce qui permet un réajustement afin que tous les thèmes soient abordés. Il comporte une série de questions ouvertes avec une partie dans laquelle les questions posées portent sur la présentation du soignant, puis des questions ouvertes sur chacun des concepts repris dans le cadre de référence. Voici, donc, le guide d'entretien utilisé :

Présentation : Pourriez –vous vous présenter en quelques mots s'il vous plaît ?

Questions : 1°- Pouvez-vous me dire comment s'organise votre journée, précisément, dans le détail ?

2°- Qu'est-ce qu'un bon soin pour vous ?

3°- Expliquez-moi un soin qui ne vous a pas satisfait ?

Relance : Vous sentez-vous contraintes par certaines règles ?

4°- Comment définiriez-vous un résident de l'EHPAD ?

Relance : On dit : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, avec mise en avant de la dépendance, qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

5°- Comment les résidents participent à la vie de l'établissement ?

Relance : Comment sont entendues leurs demandes ?

Avec l'accord de chacune des personnes interrogées, j'ai pu enregistrer les entretiens. J'ai alors retranscrit précisément ces échanges sans interprétation personnelle. Cette méthode me permet

de collecter des données pour une étude qualitative qui a pour but d'apporter des éléments ou des explications à ma question de départ.

5.2 Population choisie

Je me suis entretenue avec quatre professionnels de santé travaillant dans des Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes. Il y a trois soignants en reconversion professionnelle en soins infirmiers à quelques semaines du diplôme d'état et une soignante en activité. Le but étant d'avoir des regards, des expériences de professionnels sans inclusion de catégorie professionnelle ou de genre. En effet, ce travail porte sur l'impact de l'institution et non de la relation soignant/soigné, sur l'autonomie du résident. Je suis donc allée à la rencontre de professionnels de santé et non d'une catégorie professionnelle. Cette population est constituée de deux soignants travaillant au sein d'un établissement privé et de deux autres travaillant dans une structure publique. Les entretiens se sont déroulés sur du temps personnel et tous se sont rendus entièrement disponible.

5.3 Réalisation de l'enquête

Dans un premier temps j'ai élaboré un guide d'entretien qu'il a fallu reprendre car trop directif en première intention. J'ai alors rédigé une série de questions ouvertes afin que les professionnels puissent y répondre librement. Ce guide a, par la suite, été validé par mon directeur de mémoire avant de le soumettre aux personnes interrogées.

J'ai ensuite, pris contact avec des soignants en fin de formation en soins infirmiers pour les interroger. Ils ont de suite répondu positivement. Pour le premier entretien je leur ai donné rendez-vous dans l'enceinte de notre institut de formation et nous nous sommes entretenues dans une pièce calme, close et sans passage. Cet entretien se déroule avec les deux soignantes en même temps. L'une travaille en EHPAD public depuis cinq ans et la seconde au sein d'un établissement privé depuis seize ans. Ceci a d'ailleurs permis une certaine libération de la parole puisqu'il y a eu entre elles un véritable échange. Elles ont, ainsi, pu confronter leurs pratiques. L'entretien a duré environ cinquante minutes. Pour le deuxième entretien, j'avais, initialement, procédé de la même façon mais la personne n'a finalement pas pu venir. J'ai alors contacté rapidement une autre personne. Pour cet entretien il s'agit d'un soignant qui a travaillé au sein

d'un EHPAD privé durant sept ans. L'entretien s'est déroulé dans un endroit calme mais il avait un impératif horaire à respecter. Il a duré trente-cinq minutes. En ce qui concerne le dernier entretien, Il s'agit d'un soignant qui exerce depuis douze ans au sein d'une structure publique et qui a accepté de me rencontrer sur son temps personnel. L'entretien a duré vingt-huit minutes dans un lieu calme et sans distraction. L'intégralité des entretiens ont été réalisés sur deux semaines consécutives.

Par ailleurs, il est important de noter qu'à la fin des deux entretiens individuels, j'ai pu constater qu'une fois l'enregistrement terminé il y avait davantage de spontanéité. En effet, le premier avec les deux soignants interrogés simultanément correspondait plus à une réelle discussion. Les personnes évoquaient leur quotidien sans complexe alors que les deux derniers étaient plus réservés. Est-ce que l'enregistrement, qui rend officiel des discours, a pu jouer un rôle ? De plus, il est important de souligner que je n'ai pu m'entretenir qu'avec quatre soignants. Les résultats ne seront donc pas représentatifs et ne pourront donc pas permettre de généraliser à l'ensemble des soignants travaillant en EHPAD.

Toutefois, l'objectif de ces rencontres est d'avoir un discours libre et qualitatif de personnels de santé afin d'étayer ma question de départ. En effet, au travers des questions du guide d'entretien, je cherche d'abord à mieux connaître les personnes interrogées. Puis à savoir comment l'organisation des soins régit les journées des soignants avec des exemples concrets d'une journée type tout en le liant à l'autonomie du résident.

Ensuite, après avoir réalisé ces entretiens, je les ai retranscrits au fur et à mesure (Cf. annexe I). Puis, à l'aide d'une grille d'analyse, j'ai pu confronter les différents propos recueillis afin de les comparer avec les concepts évoqués dans mon cadre de référence. Cela dans le but d'apporter des éléments de réponse quant à ma question de départ.

5.4 Analyse des entretiens

Tous les entretiens ont été traités de manière à ce que les données recueillies puissent apporter un regard croisé sur les concepts abordés dans le cadre théorique de ce travail. Le questionnement initial était de se rendre compte de l'impact de l'organisation des soins imposée par l'institution sur l'autonomie du résident. Dans le guide d'entretien utilisé, la question posée sur la façon dont s'organise une journée de travail en EHPAD permet de mettre en lien la chronicité et le caractère protocolaire des soins réalisés dans ces établissements. Dans l'entretien N°1, les deux soignants vont explicitement détailler le déroulement quotidien de leurs actes tels des rituels que rien ne pourrait perturber. Tout est millimétré, scandé pour que rien ne soit laissé au hasard : « *Donc le matin tu arrives, les transmissions [...] on regarde le planning des douches (Page IV lignes 72 à 79), on mettait les plaquettes de traitements avec les traitements qui correspondaient (page IV ligne 86) une fois que la personne est lavée, la réfection des lits (Page V ligne 91), le travail doit se terminer avant 11h30* ». Nous pouvons constater ici, combien, dès ces débuts de matinée, les soignants sont particulièrement occupés à leurs tâches. Elle continue en précisant « *on a des plateaux à préparer, préparer les tables, c'est nous qui distribuons les repas en suivant le régime de chacun* » (Page V lignes 99 et 100). Dans ce même entretien le soignant 2 dit : « *je commence à 8 heures [...] bureau infirmier [...] ordinateur [...] relève [...] les transmissions [...] bip, le téléphone [...] le petit déjeuner [...] la matinée est dédiée aux toilettes [...] à la chaîne en fait ! tu sors d'une chambre tu rentres dans la suivante* » (Page III lignes 30 à 39). Dans le chapitre sur l'institution, du cadre de référence, Didier ROBIN affirme que l'institution a une double nature : « *D'une part, son mouvement créateur, proprement action d'instituer, de fonder, d'établir, est mis en avant par le participe présent du verbe qui nomme le mouvement : c'est l'instituant* » [Robin, D, 2013, p. 74]. Nous constatons dans ces débuts d'entretiens comment le rythme de la journée et des actes répétés les uns après les autres créent ce cadre en perpétuel mouvement autour de la personne âgée. Toujours dans ce même entretien, le soignant 1 continue son discours en évoquant, cette fois, le nombre de personnels nécessaires à l'organisation « *pour 34 résidents on est 4 aides-soignantes le matin* » (Page V ligne 104) quand le soignant 2 insiste sur le temps imparti pour un soin : « *un quart d'heure vingt minutes par personne, faut aller vite en fait ! [...] pour 11h30-12h faut que les résidents soient prêts pour le repas* » (Page III lignes 41 à 43). François DUBET affirme que : « *Le travailleur est considéré comme un expert devant s'acquitter*

efficacement des tâches techniques, mais à cette expertise strictement technique s'ajoute un ensemble de compétences tenant au développement de l'organisation lui-même » [Dubet, F, 2002, p. 79] ceci étant repris par le soignant 3 lors du deuxième entretien. En effet, il explique que « on embauchait à 6h30 (Page XXI ligne 8), je lisais le cahier des transmissions pour prendre connaissance de la relève (Page XXI lignes 17 à 19) elles nous expliquaient ce qui arrivait, ce qui allait y avoir dans la journée, si des résidents allaient sortir, ce qui fallait préparer pour la sortie, s'ils avaient des examens (Page XXI lignes 23 à 26), on était deux pour à peu près 15-16 patients (Page XXI lignes 29 à 31), il y avait des impératifs pour qui on était obligé de les faire en premiers (Page XXII ligne 37), on préparait le chariot, on se répartissait les soins avec ma collègue j'avoue que des fois on faisait par affinité[...] si ça se passait bien autant faire avec, le tout après c'est de l'organisation, c'est le fait de gagner du temps [...] on devait finir les toilettes à peu près vers 10h30 (Page XXII lignes 47 à 52). Les soignants mettent tout en œuvre pour satisfaire aux exigences de l'institution. Les contraintes de temps et de moyens sont mises en avant pour « s'acquitter efficacement de tâches techniques ». L'efficacité, peut-elle être entendue comme expertise quand cela est au détriment du résident ? Au moment de l'enregistrement de l'entretien N°3, je n'ai pas réalisé à quel point les mots utilisés par le soignant 4 démontraient, à mon sens, une certaine détermination voire une certaine hostilité. C'est lors de la retranscription que je note « Nous on marche en 7h30 [...] de matin on fait 6h30-14h [...] la relève de 6h45 à 7h00, on **attaque** les médicaments [...] pour la dialyse les ambulances viennent les chercher à 7h00 [...] on prépare les médocs, on lit les transmissions écrites [...] à 7h30 on part pour les petits déj à 2 [...] on travaille en binôme [...] de 7h30 à 8h30 on fait déjeuner les patients dépendants. Une fois qu'on a fini [...] on range la vaisselle et le petit dej... et on **attaque** les toilettes [...] jusqu'à 10h45 [...] après y a le tri du linge, les poubelles à vider [...] et on **attaque** le repas du midi [...] préparation du chariot repas [...] on donne à manger à ceux qui sont dépendants [...] on débarrasse donc tout le côté rangement, on descend les chariots, on met à la sieste [...] après nous on a notre pause pour manger et puis y a les transmissions. » (Page XXX lignes 11 à 28). Le soignant utilise dans ces dix-sept lignes trois fois le verbe « attaquer » comme s'il commençait un combat, comme si les tâches, qui lui incombaient, devaient se régler par la force. Nous pouvons nous demander s'il n'est pas dans un processus d'exécution d'actes. Même si François DUBET dans son ouvrage, *le déclin de l'institution*, le déplore, ces entretiens nous montrent que l'« institution a été réduite à un système de contrôle total des corps et des âmes, à un système

de pur dressage visant la destruction de toute objectivité autonome » c'est-à-dire qu'il s'agit de « simples machines à conformer et à discipliner, à détruire toute individualité » » [Dubet, F, 2002, p. 34]. Tous les soignants continuent le déroulement de leur quotidien en ce sens. En effet, le soignant 1 dit : « *Une fois qu'on a donné à manger, au fur et à mesure on ramène les gens dans leur chambre* » (Page V lignes 107 et 108), à 13h30 on fait les transmissions [...] on commence les gouters vers 15h, à presque 17h on commence les changes (Page V lignes 115 à 122). Chacun a son nombre de patients... on revient en cuisine [...] on doit préparer tous les repas [...] le repas est distribué à 18h [...] une fois qu'on a donné à manger il y a le ramassage [...] on retourne faire le dernier change du soir qui se termine vers 20h30 et on fait nos transmissions (Page VI lignes 130 à 140). Ici, à chaque heure est attribuée une tâche. De même le soignant 2 précise « *qu'après le repas c'est l'heure des changes et des siestes* (Page III lignes 47 et 48), quand on remonte à 15h on commence le gouter, après vers 17h- 17h30 on commence un gros tour de change pour mettre certains résidents en protection de nuit, déjà ! (Page III lignes 52 à 56) » la ponctuation de cette phrase par le mot « déjà ! » permet de comprendre combien, à mon sens, le poids de l'organisation institutionnelle pèse sur le soignant mais il s'y soumet. Alors nous pourrions peut-être admettre qu'un certain conformisme est également attendu de la part des soignants. La technicisation des actes ainsi ponctués tout au long de la journée, ne laisse finalement que peu de place au sujet. Le soignant continu : « *l'après-midi on est deux par étages, vers 18h y a le repas qui arrive* (Page IV lignes 59 à 61), *le repas fini on attaque le tour des couchers, à 20h l'AS de nuit arrive et prend la relève. Après, on descend au bureau infirmier pour faire nos transmissions de ce qu'il s'est passé, des changes, de tout cocher, des selles, des urines* (Page IV lignes 64 à 68) ». Ce rythme ne permet aucun impondérable ce qui est également repris par tous les autres soignants. Dans le même entretien le soignant 3 précise un rythme tel que : « *après 13h15 y a l'équipe d'après-midi qui arrivait et on se faisait la relève* (Page XXII lignes 67), *on arrivait...on préparait les chambres [...] les protections [...] on rangeait le linge [...] on avait le chariot ça prenait jusqu'à 15h-15h30 après rebelote on les amenait aux toilettes* (Page XXIII lignes 72 à 78) ». Il serait important de souligner l'automatisme des gestes lorsque le soignant utilise le mot « rebelote » pour rythmer sa journée. Un tel accomplissement de mouvements, d'actes, sans participation de la volonté ne participerait-il pas à faire en sorte que l'organisation de l'institution soit au premier plan? Le soignant reprend son discours en précisant qu'« *après 17h y en avaient qui demandaient à être couchés plus tôt* (Page XXIII ligne 83), *il y avait le repas du soir à 18h30* (Page XXIII ligne

84), *ben là arrivait la course [...] on était moins et fallait aider tout le monde* (Page WWIII lignes 87 à 90), *on commençait les coucher à peu près vers 19h [...] l'équipe de nuit prenait le relais à 21h* (Page XXIII lignes 94 à 96) ». Dans le dernier entretien le soignant continue et dit : « *l'après-midi on arrive c'est 12h30 avec les transmissions jusqu'à 14h [...] le mardi on fait les dotations des protections, le mercredi c'est la distribution des protections ou le ménage du chariot [...] les activités avec l'animatrice [...], les kinés, les petits rendez-vous, on les amène, on va les chercher [...] à 15h y a le gouter avec la boisson chaude ... après vers 17h on remet tout le monde au lit* (Page XXXI lignes 28 à 37), *On couche les personnes dépendantes [...], change de protections, des soins, 16h45 on est reparti, on fait les médicaments et les repas à 18h jusqu'à 19h après on fait notre vaisselle, on couche ceux qui restent à coucher, à 20h on fait nos chariots, on fait les transmissions écrites, on coche nos validations de soins et à 20h45 y a la relève et 21h on rentre à la maison* » (Page XXXI lignes 42 à 47).

Après avoir traité toutes les données recueillies pour cette première question, nous pouvons très nettement constater que les soignants n'ont, à aucun moment dans leur discours, évoqué la personne âgée. Ici l'organisation est clairement mise en avant. Dans tous les entretiens il n'y a aucune place à la singularité. L'automatisation des actes des soignants ne rendrait-elle pas l'organisation des soins imposée par l'institution prioritaire ?

Lorsque la question 2, par laquelle nous demandons aux soignants de décrire ce qu'est un bon soin, est posée, ils nous répondent : « *de l'écouter... si elle a pas envie de faire la toilette, peut être lui proposer de revenir plus tard* » (Soignant 1, Page VII lignes 152 et 153), mais ils ne le font pas puisqu'il s'agit là de ce qu'il conviendrait de faire. Le soignant 1 rajoute ceci : « *comme tu connais les résidents tu sais que telle personne en 10 minutes c'est fait et une autre faut prendre plus de temps* (Page VII lignes 154 à 155) ce qui met l'organisation au centre de leurs préoccupations. Dans cet entretien il précise qu'un bon soin serait « *de pas la forcer aussi, parce que ça nous est déjà arrivé [...] pour le médecin fallait absolument qu'elle ait sa douche donc on donnait de l'hypnovel... pour pouvoir faire la douche* » (Page VII lignes 162 à 165). Ici la question du protocole est centrale puisqu'il est dit que les soignants forcent les résidents à prendre leur douche. Nous avons dans cette réponse, le protocole comme référence. Autrement dit, perçu comme « bon soin » et non plus par la singularité. Lors de la question 3 (décrivez un soin qui ne vous a pas satisfait) le soignant 1 disait que « *forcer quelqu'un à une douche... C'est pas un bon soin [...] elle comprenait pas quoi, on la forçait, pour elle, elle allait mourir* » (Page IX lignes 212 à 218), « *ça me perturbait de forcer quelqu'un à faire des*

douches » (Page XI lignes 220 et 221). N'y a-t-il pas un « ce qui est » et un « ce qui devrait être » ? Nous constatons que « ce qui est » est l'obligation de tourner avec l'organisation alors que « ce qui devrait être » serait le temps passé avec la personne. En effet, le soignant 1 précise que « *c'est prendre en considération ce que veut la personne en fait !!* » (Page VII lignes 168) mais ce n'est pas le cas puisqu'il stipule que même le regard des autres soignants vient renforcer le poids de l'institution : « *puis, si tu fais pas à la chaîne, en fait t'es mal vu aussi toi en tant que soignant par les autres soignants* » (Page VII lignes 179 et 180). L'organisation et le protocole sont tellement au centre des prises en soin que même en manque de matériel les soignants préféreront faire plutôt que d'éventuellement reporter une toilette : « *ce qu'il y a aussi un bon soin c'est d'avoir le matos [...] quand t'as pas la protection adéquate, que t'as pas une serviette pour l'essuyer et que tu l'essuie avec un bout de drap ou un oreiller* » (Page VIII lignes 202 à 204) ceci est étayé par le soignant 2 qui dit : « *le bon soin c'est aussi avoir du matériel en quantité et puis impeccable quoi !* (Page VIII lignes 205 et 206), *on fait des économies sur tout au final, c'est au détriment des personnes. Donc ça, ça à voir aussi dans la qualité des soins* » (Page VIII lignes 208 à 210). Ce soignant va également mettre en avant l'institution car il stipule qu'un bon soin pour lui serait de « *prendre le temps déjà avec la personne, ne pas être pressé par des règles institutionnelles en fait !... Les horaires. Un bon soin, ouais moi je dirais que c'est prendre son temps avec la personne, faire une toilette correcte, une douche, de la coucouner [...] lui mettre des crèmes [...] la solliciter dans sa prise en charge* » (Page VI lignes 147 à 151) et rajoute également « *la solliciter dans ses vêtements aussi ... lui demander ce qu'elle veut porter* (Page VII ligne 158), *ce serait plus lui demander son avis* (Page VII lignes 160 et 161), *puis prendre le temps que t'as pas forcément non plus* (Page VII ligne 187). Autrement dit, autant de choses qui ne sont pas faites au quotidien car comme cela est stipulé il y a des « *règles institutionnelles à respecter* » sans oublier qu'avec le « *manque de personnel [...] t'es **obligé** de faire vite [...] voilà tu fais tête/main/cul [...] c'est négligé puis au final t'es pas contente de ce que tu as fait* » (Page IX lignes 224 à 227). Ce soignant précise également que « *t'es **obligé** de respecter l'heure pour le repas sinon tout se décale au fur et à mesure de la journée* » (Page IX lignes 231 et 232) que « *parfois t'aurais envie de prendre le temps, de t'asseoir avec elle, de discuter mais en fait t'as pas le temps* » car, qui plus est, cela n'est « *pas considéré comme un soin* » (Page IX ligne 240). Il apparaît qu'ici seuls les soins en lien à un protocole seraient un « bon soin » et assimilés à un travail avec une action palpable, évaluable, quantifiable. Donc il serait à entendre que le reste soit une perte de

temps qui viendrait mettre en péril l'organisation quotidienne. De ce fait, il précise que « *t'es obligé de te dépêcher [...] t'es obligé de bâcler les choses [...] tu fais pas du bon travail* » (Page XII lignes 317 et 318) pour satisfaire aux exigences induites par l'institution. Par ailleurs nous pouvons constater que le mot « **obligé** » revient de nombreuses fois dans son discours. Cela revient à considérer ces actes comme des contraintes auxquelles soignants et résidents obtempèrent.

Pour les mêmes questions les soignants 3 et 4 évoquent le manque de temps qui justifierait des actions délibérément en faveur de l'organisation : « *Un bon soin c'est prendre aussi le temps* (Page XXIV ligne 112), *t'as l'impression d'être mal traitant par manque de temps* (Page XXV lignes 133 et 134), *t'es obligé de prendre des décisions pour elle* (Page XXV ligne 136), *les contraintes de temps et c'est des usines* » (Page XXVI ligne 161). Le soignant 4 va également dans le même sens puisqu'il ajoute « *des fois t'es obligé d'aller un peu vite sur des patients qui, peut-être, sans prémédication mais avec plus de temps, on arriverait à être moins douloureux* ». Il est d'autant plus dramatique que, pour un déroulement sans faille, des traitements médicamenteux seront administrés au dépens du résident. C'est en ce sens que l'organisation est première et qu'elle pourrait générer de la dépendance. La question du temps revient notamment lorsque ce soignant dit que « *des fois, les règles d'hygiènes [...] tu peux pas les respecter vu le temps et tout ça* (Page XXXII ligne 72), *après le chariot, désinfecter les mains [...] c'est compliqué à gérer par ce que sinon ta toilette elle te prend un temps... c'est des choses que tu peux pas faire* » (Page XXXII lignes 84 à 87). Pour ces premières questions toutes les données recueillies vont dans le même sens. L'organisation des soins imposée par l'institution est l'intérêt principal des soignants. En effet, le soignant 3 dit « *essayer de prendre ses désirs en compte si on peut avec, bien sûr, les difficultés institutionnelles* » (Page XXIV lignes 103 et 104). Le mot « bien sûr » vient ponctuer la phrase en appuyant sur la priorité acquise « aux difficultés institutionnelles » et conclue sa définition de « bon soin » par « *se mettre un peu à la place, avoir de l'empathie [...] en essayant aussi de jongler avec l'institution, les règles qu'on nous met quoi... de temps* » (Page XXIV lignes 114 à 118).

Pour le soignant 4 un « bon soin » passe aussi par le relationnel : « *on est toujours dans la même unité, avec les mêmes résidents, le même binôme il se crée quand même un lien plus fort avec eux [...] moi je pense que le relationnel joue beaucoup* » (Page XXXI lignes 53 à 56). Toutefois, n'y a-t-il pas dans cette organisation une automatisation induite par une certaine routine ? Peut-il y avoir, dans ce cas, un vrai relationnel avec une réelle singularité du soin ? Le soignant 4

ajoute : « avec mon caractère, ma façon de travailler, un bon soin c'est : relationnel et technique, mais un soin trop technique sans relationnel il sera pas bon (Page XXXI lignes 49 et 50), je pense qu'il y a un juste milieu à avoir entre les deux » (Page XXXI lignes 52 et 53). Ce qui laisse penser qu'un soin qui engagerait trop de relationnel ne serait pas bon non plus. N'y a-t-il pas dans ce discours une volonté d'efficacité, la technique permettant de quantifier des actes et de rendre valable le soin ?

Dans l'interprétation des phrases ainsi relevées pour l'analyse des entretiens, nous pouvons constater que, pour tous les soignants, l'organisation des soins imposée par l'institution est au centre de leur travail. Elle est primordiale. Peut-il y avoir de ce fait un impact sur l'autonomie des résidents ?

La définition d'un résident de l'EHPAD donnée par les soignants pourrait être un pas vers un élément de réponse. En effet, l'objectif de la question n°4 était de voir si la déshumanisation par la réification des résidents, était une stratégie utilisée par les soignants. Nicolas FLOURY précise qu'« Il faut donc penser ici le concept de réification dans le sens précis de ne plus tenir compte du sujet, ou de la subjectivité de l'individu, mais de ses seuls symptômes » [Floury, N, 2008/9, p. 17]. Pour le soignant 1 : « tu peux avoir des personnes qui te parle pas (Page XII ligne 338), de la dépendance (Page XIII ligne 346), on appelle ça des déambulants » (page XIII ligne 351). J'ai pu remarquer que, sur cette dernière phrase, l'utilisation d'un pronom démonstratif pour parler d'une personne physique, exclu, à mon sens, le sujet. De plus, il utilise des qualificatifs de symptomatologie pour définir un résident de l'EHPAD. Et il reprend avec : « Grabataire (Page XIV ligne 357), dans la demande (Page XIV ligne 360), t'as celui qui veut pas qu'on l'embête (Page XIV lignes 363 et 364), ils sont dépendants quoi... en fait, ils dépendent de toi quelque part, tu leur régis leur journée en fait, t'arrives il est 7h du matin ou 8h du matin tu leur fais la toilette, tu leur apportes leur déjeuner, en fait ils ont même plus d'horloge... c'est toi qui fixe leur journée, leurs horaires, tu viens les chercher (Page XV lignes 391 à 395) » ou encore « y a des résidents tu leur fais même pas choisir leur vêtements, ben parce que t'as pas le temps... donc en fait ouais tu les rends dépendants, même ceux qui ont encore une certaine autonomie tu les rends dépendants de ... oui c'est ça en fait ! (Page XV lignes 399 à 402). Finalement, ici, on voit que « L'ensemble des nécessaires bonnes pratiques conduisent inmanquablement à la réification des personnes âgées qui ne sont plus alors que des corps fragilisés. Ainsi, les professionnels ne s'occupent plus de mortels mais de malades rejetés par leurs familles » [Floury, N, 2008/9, p. 24]. Le soignant 2 va préciser qu'ils « sont

toujours en demande, c'est des gens qui ont besoin d'être écoutés, ils ont besoin d'attention ». Ne serait-il pas envisageable de penser que, s'ils sont toujours en demande, c'est que cette demande n'a pas été satisfaite ? Peut-être demandent-ils à être reconnus comme sujet, autrement dit, à exister ? J'ai pu relever également : « *de la dépendance* (Page XIII ligne 345), *un résident grabataire* (Page XIII ligne 349), *y a ceux qui sont attachants, y en a tu y vas volontiers* (page XIV ligne 366), *des papinoux qui sont tout mignons là, tout gentils* (Page XIV lignes 368), *du coup ça leur donne un sentiment d'exister* » (Page XIV lignes 377 et 3778) tout autant de qualificatifs déshumanisants. Le « papinou » sera réduit à sa condition de personne âgée et non plus d'être humain.

Tout comme le soignant 1, le soignant 3 va définir les résidents de l'EHPAD par leur symptôme : « *ça peut être des Parkinsons de 60 ans, une perte d'autonomie à 80 ans* (Page XXVI lignes 177 et 178), *y a des personnes de tous âges et de tous horizons* (Page XXVI) ligne 184), *perte d'autonomie* (Page XXVII ligne 189), *ça devient de la dépendance [...] il n'y a plus de personnes autonomes c'est vraiment plus que des personnes grabataires* » (Page XXVII lignes 199 et 200) ceci afin d'éviter bien évidemment de parler de Monsieur ou de Madame qui serait peut-être plus dommageable émotionnellement. Il les considère donc comme des choses posées là, en décoration car il dit : « *des journées à attendre dans un fauteuil que le temps passe* (Page XXVII lignes 215 et 216) *comme ça là à attendre que... rien quoi, le néant ! donc du coup c'est ça qui me fait de la peine pour eux quoi... et je me dis toute une vie pour en arriver là !* » (Page XXVIII lignes 223 à 225). Sur les quatre soignants, tous ont cette tendance à réifier la personne âgée pour peut-être comme le dit Nicolas FLOURY « *ne plus s'occuper de mortels mais de malades rejetés par leurs familles* ». Cette stratégie ne leur permet-elle pas de justifier, voire d'accepter des actes qui seraient délétères ? La soignante 4 va non seulement se référer aux symptômes mais elle va également se rapporter à une échelle d'évaluation pour catégoriser les personnes qu'elle prend en soin : « *y a de la dépendance, plus ou moins importante mais y a de la dépendance, besoin d'aide* (Page XXXII lignes 91 et 92), *ceux qui ont toute leur tête ou ont pas leur tête, y a ceux qui sont grabataire et ceux qui le sont pas [...] après y a les GIR qui font qu'on sait à peu près leur niveau mais c'est compliqué à gérer l'autonomie des uns, l'autonomie des autres... tu vois... par rapport même au temps... au timing... des fois t'as pas le temps, t'as envie de faire à leur place mais en même temps tu sais que si tu leur laissais le temps ils pourraient le faire* » (Page XXXIII lignes 93 et 100).

Le temps imparti pour les soins est central chez les soignants puisque pour finir dans les temps qu'impose l'organisation des soins, ils vont répondre aux attentes de l'institution. C'est-à-dire qu'ils mettent systématiquement l'institution au premier plan. Alors, comment faire en sorte qu'une personne institutionnalisée puisse conserver son autonomie ? La dernière question de mon guide d'entretien devrait me permettre de vérifier s'il peut y avoir un impact. En effet, lorsque je demande aux soignants la façon dont les résidents participent à la vie de l'établissement, il s'agit de mettre en évidence l'impact de ce dernier sur leur autonomie. Tous les soignants interrogés s'accordent à dire que la participation du résident est « soignant dépendant ». En effet, le soignant 4 stipule : « *après y a nous, que si jamais on en a envie, on peut au quotidien demander des fois de mettre la table, de plier des serviettes* » (Page XXXIV lignes 128 et 129). Donc la réalité, d'après ce soignant, est que le résident est complètement soumis au bon vouloir de l'institution. N'y a-t-il pas en cela une toute puissance du soignant ? Comme lorsque le choix, lors de sortie, se porte sur des résidents avec une certaine autonomie, le soignant 1 précise : « *ils ne prendront pas quelqu'un en fauteuil [...] ils vont prendre la personne qui marche* » (Page XV lignes 413 et 414), et il enchaîne avec « *ça dépend du personnel* » (Page XVI ligne 426) ou encore : « *comme celui qui veut se laver vers 11h du matin et apporter le déjeuner à 10h ça ne sera jamais appliqué parce que c'est à 8h le petit déjeuner* » (Page XVII lignes 451 et 452). Le poids institutionnel est bien marqué et le résident n'a pas d'autre choix que de s'y plier. Tout comme dans le premier entretien le soignant 1 précise que « *t'as plus ton dentier ben tu manges mixé* » (Page XIX ligne 503) ou encore « *ben tu sais pas faire ben tu restes alité* », le soignant 2 tient le même discours : « *ça dépend beaucoup du personnel* (Page XV ligne 405 et 406), *je dirais tout dépend de la volonté du soignant* (Page XVI ligne 424), *il y a des gens qui vont laisser faire et d'autres qui laisseront pas faire, peut être que ça va plus vite aussi de le faire nous en tant que soignant* » (Page XVI lignes 427 à 431). Nous pouvons nous demander si, de faire systématiquement à la place du résident, cela ne lui renvoie pas une certaine incapacité ? Peut-être que dans ces conditions les résidents finissent par y croire ? Michèle Ansart-dourlen confirme cette idée en expliquant que « *Les membres d'une collectivité trouvent dans ces significations imaginaires un sens unificateur de leur existence sociale, et une représentation d'eux-mêmes qui sont porteurs d'hétéronomie, lorsqu'ils sont imposés par un pouvoir et des idéaux leur apparaissant extérieurs à eux-mêmes –sans d'ailleurs qu'ils en soient toujours conscients, d'où, selon Castoriadis, la puissance du conformisme* ».

Dans mon cadre de référence je reprends l'idée de Bernard Ennuyé selon laquelle, tout en étant autonome, nous dépendons toujours de quelqu'un ou de quelque chose. Il précise également que « *l'annexion du vocable dépendance par les gériatres a donc connoté la dépendance négativement* ». Nous pouvons constater que le terme de dépendance est constamment utilisé par les soignants que ce soit pour donner la définition du résident ou encore dans la dernière question pour expliquer la façon dont le résident participe à la vie de l'établissement. En effet, le soignant 4 dit : « *quand tu raccordes à la personne la pathologie, l'âge, le machin, la pathologie fait qu'ils sont totalement dépendants* » (Page XXXV lignes 184 et 185), ce même soignant rajoute : « *quand je vois qu'elle est vraiment en difficulté avant qu'elle me le demande je vais la voir* » (Page XXXVIII lignes 261 et 262) mais il ne s'agit là que d'une interprétation personnelle puisque c'est le soignant qui « **voit** », la personne ne lui demande rien. Peut-être que cette anticipation participe à entretenir l'impact de l'instituant sur l'institué.

5.5 De la synthèse de l'enquête exploratoire vers une question de recherche

La réalisation de cette enquête auprès de professionnels de santé ayant travaillé depuis de nombreuses années en EHPAD a été, à mon sens, édifiante. Toutes les questions ont été traitées avec beaucoup d'authenticité lors de chaque entretien. L'institution semble ressortir comme l'élément principal dans l'agir des soignants interviewés. Les quatre mettent en avant la procédure pour normaliser leur activité. Cette rationalisation des pratiques admise par les soignants semble ressortir des entretiens lorsque tous énumèrent leur journée. De plus, l'organisation des soins est, pour les quatre soignants interrogés, rythmée sur leur amplitude horaire respective tels des rituels pour optimiser une certaine efficience, rendant ainsi difficile la gestion d'éventuels aléas. Cela nous permet de constater à quel point « l'instituant » tend à réduire le résident au temps qu'il faut pour sa prise en soin, ce qui va tendre à rendre l'institution responsable de « *la destruction de toute objectivité autonome* » [Dubet, F, 2002, p. 34]. Ceci est d'ailleurs étayé par les questions suivantes pour lesquelles tous s'accordent à dire que le « bon soin » correspondrait à la bonne réalisation d'un protocole. En ce sens, nous pouvons constater que dans l'ensemble des entretiens, le sujet semble ne pas apparaître comme le centre de la prise en soin.

Par ailleurs, je m'intéresse à la représentation que les soignants ont des résidents. Pour ce faire, je leur en demande une définition. Tous s'appuient sur les symptômes et les bonnes pratiques. Le soignant procéderait ainsi à une réification du résident, le réduisant à ses symptômes et à sa dépendance, auxquels ils vont appliquer les bonnes pratiques. En effet, lorsque ces bonnes pratiques s'appliquent indifféremment à tout le monde, on peut se demander si le sujet est au centre de la prise en soin. N'y aurait-il pas une maîtrise du soignant sur ce qu'est une personne âgée en institution ? C'est cette réification de la personne âgée institutionnalisée que les soignants vont tous évoquer au cours de ces entretiens. Les résidents semblent ne pas avoir d'autre choix que d'être pris dans le fonctionnement de l'institution.

Pour terminer, dans la dernière question, l'impact de l'institution sur l'autonomie des résidents semble se confirmer. Au travers du soignant, l'institution met à mal la participation, l'implication de la personne âgée dans tout ce qui peut la concerner. L'autonomie sera ainsi altérée puisqu'il est souligné dans tous les entretiens qu'elle est « soignant dépendante » avec toujours comme seule optique de satisfaire aux exigences de l'institution. Au travers de ce travail, il apparaît que l'autonomie des résidents est impactée par le cadre institutionnel. C'est-à-dire que le respect de cette autonomie ne peut être préservé qu'en fonction de la disponibilité physique et psychique du soignant.

Les différents entretiens menés au cours de l'enquête exploratoire ont permis de faire un lien concret avec le cadre de référence. J'ai pu mettre en exergue la notion de temporalité qui fait cruellement défaut aux équipes soignantes et qui est délétère aux résidents. En effet, l'institution semble impulser la dynamique de fonctionnement. Ce travail met en avant des institutions (publiques comme privées) qui vont préférer une approche normative du soin ce qui va peut-être minimiser la place du sujet.

« De ce fait, comment préserver l'autonomie de la personne âgée en institution ? »

6 Conclusion

J'ai commencé ce travail de recherche en exposant une situation somme toute élémentaire mais pourtant tellement représentative de ce qui se passe dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Pour être tout à fait honnête, dès mon premier stage en EHPAD, j'ai été moi aussi impactée par la charge de l'institution. Dès que l'on passe la porte d'entrée, on est pris dans un tourbillon qui s'arrête pour le soignant une fois la journée finie. Le résident, lui, y est considéré comme une unité de temps tout comme Karl MARX l'explique dans son ouvrage *Misère de la philosophie* : « *le temps est tout, l'Homme n'est rien ; il est tout au plus la carcasse du temps. Il n'y est plus question de la qualité. La quantité seule décide de tout : heure pour heure, journée pour journée.* » [Marx, K, 1847, p. 69]

Ce travail est une approche phénoménologique qui s'appuie donc sur des faits concrets pour en faire une analyse. Cette dernière, réalisée par le biais de l'enquête exploratoire, a été très profitable au regard du contexte théorique que j'ai pu élaborer. Cette initiation à la recherche s'est réalisée en deux temps, d'abord par de nombreuses investigations de revues de littératures, puis, dans un deuxième temps, par une confrontation avec la réalité du terrain. Ce sont deux étapes différentes que j'ai eu plaisir à réaliser. Ce mémoire vient marquer la fin de trois années d'études intenses et je suis fière d'avoir réussi à le mener à son terme. Il m'a permis de faire évoluer ma réflexion sur l'institution mais également de clarifier l'amalgame, trop souvent fait, entre la dépendance et la perte d'autonomie. Dans quelques semaines je saurai si je suis diplômée et qu'importe mon lieu de travail, l'institution vient poser un cadre qu'il faudra respecter mais en veillant à ne pas perdre de vue l'intérêt du patient.

Par ailleurs, les EHPAD sont, depuis plusieurs années, sur le devant de la scène car les préoccupations gestionnaires ont, à l'image d'ORPEA, mis au premier plan le profit avant la personne âgée comme l'explique Victor Castanet dans son ouvrage « *les fossoyeurs* ». Les familles en deviennent de plus en plus vigilantes et cela va peut-être aider à la création d'une dynamique qui soutiendrait les soignants à se défaire de préoccupations peut-être trop gestionnaire.

7 **Bibliographie**

Ouvrages :

Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.

Barton, R. (1974). *La névrose institutionnelle*. Paris : Scarabée.

Pellisier, J. (2003). *La nuit tous les vieux sont gris*. Paris : Bibliophane-Daniel Radford.

Gori, R. (2013). *Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux ?*. Paris : Les liens qui libèrent.

Dubas, F. (2007). *La médecine et la question du sujet*. Paris : Les Belles Lettres.

Articles :

Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28 (112), 73-92.

Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe*, 6, 139-157.

Delouette, I., & Nirello, L. (2016) Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 34, 387-408.

Karsenti, B. (2018). L'énigme de l'hétéronomie la religion selon Castoriadis. *L'Homme* 3 N°227-228, 237-256.

Mémoires :

David, A. (2014). *L'organisation de travail en EHPAD : un outil managérial*. Mémoire de l'école des hautes études en santé publique, Ecole de Rennes.

Floury, N. (2008). *De la démentalisation à la réification : La question du sujet en psychogériatrie*. Université Paris Descartes.

Pages électroniques:

EHPADIA, *histoire accélérée des EHPAD*. [En ligne] Juin 2022 (consulté le 28 décembre 2022). Disponible sur le web :

https://www.ehpadia.fr/Histoire-acceleree-des-EHPAD_a888.html#:~:text=En%201975%2C%20la%20loi%20donnait,cr%C3%A9ation%20des%20EHPAD%20en%202002.

CNSA, *Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches*. [En ligne] Novembre 2022 (consulté le 27 décembre 2022). Disponible sur le web : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>

Euréval, *Réaliser un entretien demi-directif*. [En ligne] 2010 (consulté le 19 janvier 2023). Disponible sur le web : https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf

LHISTOIRE, *nos vieux à l'hospice*. [En ligne] janvier 2019 (consulté le 26 décembre 2022). Disponible sur le web : <https://www.lhistoire.fr/livres/nos-vieux-%C3%A0-lhospice>

Cahier de psychologie politique, *CASTORIADIS. Autonomie et hétéronomie individuelles et collectives. Les fonctions de la vie imaginaire*. [En ligne] juillet 2005 (consulté le 19 février 2023). Disponible sur le web : <https://cpp.numerev.com/articles/revue-7/637-castoriadis-autonomie-et-heteronomie-individuelles-et-collectives-les-fonctions-de-la-vie-imaginaire>

INSEE, *Tableau de l'économie française édition 2020*, Population par âge. [En ligne] février 2020 (consulté le 21/05/2023). Disponible sur le web : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#:~:text=Au%201er%20janvier%202020,7%20points%20en%20vingt%20ans>.

Image :

<http://bougezautrementablois.over-blog.com/2013/10/ville-30-en-allemande-aussi-des-militants-se-mobilisent.html>

8 Table des annexes

Annexe I : Retranscription littérale des entretiens.....	II
<i>Annexe I.I : Entretien 1</i>	<i>II</i>
<i>Annexe I.II : Entretien 2</i>	<i>XXI</i>
<i>Annexe I.III : Entretien 3.....</i>	<i>XXX</i>
Annexe II : Grille d’analyse des questions.....	XXXIX
<i>Annexe II.I : Question 1</i>	<i>XXXIX</i>
<i>Annexe II.II : Question 2</i>	<i>XLI</i>
<i>Annexe II.III : Question 3</i>	<i>XLII</i>
<i>Annexe II.IV : Question 4</i>	<i>XLIII</i>
<i>Annexe II.V : Question 5</i>	<i>XLIV</i>
Annexe III : Autorisation de diffusion du travail de fin d’étude.....	XLVI

LES ENTRETIENS

Annexe I: Retranscription littérale des entretiens

Annexe I.I : Entretien 1

Céline : Alors, la première question : pourriez-vous vous présenter en quelques mots s'il vous plaît ?

SOIGNANTE 1 : Alors moi c'est euh.... Moi je suis aide-soignante depuis euh... une dizaine d'années, donc j'ai travaillé en EHPAD, en centre hospitalier. L'EHPAD était public, il fait partie de l'hôpital aussi. C'est deux endroits différents mais ça fait partie de l'hôpital, j'ai travaillé cinq ans dans l'EHPAD. Et avant ça j'ai travaillé dix-huit ans à domicile en tant qu'aide à domicile/auxiliaire de vie, après je suis partie faire ma formation pour devenir AS. Donc j'ai toujours travaillé auprès des personnes âgées.

Céline : Il y avait combien de résidents ?

SOIGNANTE 1 : Dans mon service, trente-quatre résidents. Après dans l'ensemble de l'EHPAD, parce qu'il y a l'EHPAD 1 et l'EHPAD 0. Mais dans mon service trente-quatre. Après quand il manquait, parce qu'on faisait fonction de pool aussi on allait remplacer dans les autres services. Mais c'était toujours de la gériatrie.

Céline : et toi ?

SOIGNANTE 2 : moi j'ai quarante ans et je suis aide-soignante depuis euh...2007, euh... j'ai toujours travaillé en EHPAD euh... là ça va faire euh... seize ans donc au mois d'août que je travaille dans un EHPAD privée, j'ai toujours été dans le même EHPAD euh... après dans mon établissement il y a trois étages. Donc les deux premiers étages c'est pour euh... les résidents ben... dépendants ou semi autonomes et le troisième étage est réservé essentiellement aux Alzheimer. Donc c'est une unité fermée. La structure accueille environ euh... quatre-vingt résidents, donc par étage ça fait entre 20 et 30 résidents. Donc j'ai toujours été qu'en EHPAD, travaillé qu'en EHPAD de jour enfin j'ai fait un peu de nuit euh... j'ai fait six mois de nuit puis après je suis vite revenu en jour par ce que ça ne me plaisait pas et j'ai fait les trois étages en fait : Alzheimer euh...et euh... dépendants.

Céline : ok d'accord...

26 **Céline : Comment s'organise votre journée, dans le détail, précisément en fait ? Vous**
27 **commencez à quelle heure ? qu'est-ce que vous faites ? vous commencez par quoi ? et**
28 **ensuite progressivement sur euh... la journée ?**

29 **SOIGNANTE 2** : donc moi euh...je travaille en dix heures avec onze et demi de présence. Donc
30 je commence à huit heure le matin donc on arrive on va au bureau infirmier où on se connecte
31 sur l'ordinateur, on lit la relève de ce qui s'est passé les jours précédents ou la nuit même. Une
32 fois que j'ai fait les transmissions je monte dans mon service, je prends mon bip, mon téléphone
33 euh...et après euh... j'arrive dans le service. Donc j'ai déjà une collègue qui a commencé, à sept
34 heures elle, donc euh... je vois où elle en est, suivant si elle a terminé les petits déjeuners euh...
35 je commence les toilettes ou si elle n'a pas terminé je l'aide à terminer les petits déjeuners et
36 après en fait toute la matinée c'est dédié qu'euh... aux toilettes en fait. Parce que dans un étage
37 y a comme je disais tout à l'heure, ben c'est une vingtaine de résidents donc euh... on est trois
38 par étage, trois aides-soignantes par étage. Donc après c'est un peu du... à la chaîne en fait ! tu
39 sors d'une chambre tu rentres dans la suivante pour qu'euh.... Euh... à onze heure et demi midi
40 pour que tes toilettes soient terminées en fait ! c'est vraiment à la chaîne quoi entre guillemet !!
41 on passe... ouais euh... un quart d'heure vingt minutes par personne, ouais ben... faut aller vite
42 en fait ! Donc après... pour euh... pour onze heure et demi midi faut que les résidents soient
43 prêts donc euh...on les installe pour le repas, y en a qui mange dans euh...dans le euh... dans
44 le hall de l'étage c'est un coin réservé exprès pour le repas en fait...et les résidents les plus
45 valide en fait, eux, descendent au restaurant, au rez de chaussé quoi avec les autres résidents.
46 Après nous euh... quand les résidents sont installés l'infirmière passe donner les traitements,
47 donc nous on commence les repas, on leur donne à manger, après le repas c'est l'heure des
48 changes et des siestes avec les résidents enfin ceux qui en ont le plus besoin ou ceux qui le
49 souhaite à la sieste euh... donc ça arrive au niveau de euh... à peu près une heure/une heure
50 trente. Le temps que les résidents du rez de chaussé soient remontés dans les étages et pareil de
51 voir s'ils vont bien, s'ils ont besoin de quelque chose, si il faut les installer pour la sieste aussi,
52 si ils ont besoin d'aide. Après de euh... une heure et demi à trois heure et ben... c'est l'heure de
53 la pause...quand on remonte à trois heure on fait euh...certains lever et on commence le gouter.
54 Après nous ben ... l'après-midi nous y a une animatrice qui s'occupe ben... des animations, de
55 les occuper. Après donc on distribue le gouter, après vers cinq heure/cinq heure et demi on
56 commence un gros tour de change pour mettre certains résidents en protection de nuit, déjà.

57 **Céline : toujours seule comme le matin ?**

58 **SOIGNANTE 2** : non l'après-midi on est deux, parce qu'il y a une aide-soignante qui fait sept
59 heure/quinze heure et deux aides-soignantes qui font huit/vingt heure, donc l'après-midi on se
60 retrouve à deux pour l'étage. Donc là on fait le tour des changes vers cinq heure/cinq heure et
61 demi. Après vers six heure y a le repas qui arrive. Donc euh...pareil... certains résidents
62 mangent au niveau de l'étage et les plus valide descendent au rez de chaussé, après c'est comme
63 le midi : l'infirmière donne les traitements et nous on les fait manger, on s'occupe du repas.
64 Une fois que le repas est fini ben on attaque le tour des couchers et après à vingt heure le euh...
65 l'aide-soignante de nuit arrive et euh... prend la relève en fait. Et après nous quand on a fini,
66 nous a notre étage de faire les couchers, on descend au bureau infirmier pour faire nos
67 transmissions de euh...de l'après-midi en fait, de ce qu'il s'est passé, des changes, de tout
68 cocher, des selles, des urines, voilà c'est tout !

69 **Céline** : hum, d'accord !! ok merci ! et toi ?

70 **SOIGNANTE 1** : Alors pour moi, donc moi je travaille en sept heures trente-six. Donc t'as le...
71 soit tu travailles du matin soit tu travailles d'après-midi, donc je vais te citer une journée du
72 matin et après je te ferai l'après-midi. Donc le matin tu arrives, les transmissions elles
73 commencent à sept heure trente-six. Donc euh tu prends en fait note de euh... c'est l'infirmière,
74 non non !, c'est une aide-soignante qui te fais la relève, donc elle te fais la relève de tout ce
75 qu'il s'est passé dans la nuit et les transmissions qui devaient être transmises à l'équipe du matin
76 de l'équipe du soir s'il y avait des choses à faire pour le lendemain. Ensuite en fait, on regarde
77 le planning des douches parce que euh.. c'est euh... tu as des douches qui sont programmées,
78 donc t'as un planning de douches et puis euh.. Selon les douches ben... des personnes ben... tu
79 vas t'organiser soit en commençant par elle ou par les autres. Pour ma part, comment je
80 procédais ben je... déjà je connaissais mes résidents, je savais qui voulais être levé tôt. Donc je
81 commençais souvent par ceux qui se levait tôt ou ceux qui déambulent. Parce que t'avais des
82 gens qui déambulent dans le couloir donc je commençais aussi déjà par eux pour éviter qu'ils
83 soient euh... par ce qu'ils sont souillés en fait de la nuit et euh ensuite ben au fur et à mesure
84 j'avance en fait avec ceux qui se lève tard tout ça...le petit déjeuné est à huit heure, donc on
85 avait au préalable... ce que j'ai oublié de te dire avant de commencer nos soins on avait déjà
86 commencé les échelles c'est-à-dire qu'on mettait les plaquettes des traitements sur les échelles
87 avec les petits déjeuners qui correspondaient : soit c'est du mixé soit c'est tartine pain tout ça
88 donc on prépare tout... les cafés et autres et au fur et mesure à huit heures c'est nous qui
89 donnons en tant qu'aide-soignante les petits déjeunés et le ramassage c'est euh... ben c'est nous

90 aussi... (rires)...et on ramène l'échelle à l'ASH. Donc euh.. je continu au niveau des toilettes,
91 donc une fois que la personne elle est lavée, la réfection de lit tout ça...donc euh soit, si elle
92 veut être avec euh...dans le hall avec les autres patients donc on va les amener là de façon à ce
93 qu'ils conversent entre eux ou alors on les laissaient dans les chambres regarder la télévision
94 ou autre, comme ils voulaient, on leur posait la question. Donc le travail doit se terminer avant
95 onze heure et demi par ce qu'à onze heure et demi il faut qu'on aille préparer... si y a des
96 personnes qui sont obligés de rester alité qui sont pas bien donc on a des plateaux à préparer
97 pour les chambres soit euh... préparer les tables, c'est une partie euh... la vaisselle est mis sur
98 les ASH mais le reste c'est nous qui mettons et euh... donc on doit tout préparer c'est nous qui
99 distribuons les repas aussi en suivant donc aussi le régime de chacun s'ils sont de régime
100 diabète, sans sel ou autre donc on doit faire s'ils sont en mixé, eau gélifiée ou autre, donc euh...
101 on leur distribue le repas donc euh... dans la grande salle. Ensuite tu as une salle en fait où sont
102 autonomes, ils arrivent à manger seuls et tu as une aide-soignante qui est attitrée avec une ASH
103 et de l'autre côté tu as une autre salle où c'est plutôt des aides donc en fait on est plutôt trois
104 aides-soignantes et ce que je t'ai pas dit mais on est euh... pour trente-quatre résidents à l'étage
105 on est euh..... quatre aides-soignantes le matin donc deux de chaque et donc on est trois aides-
106 soignantes à donner euh... pour les personnes qui ont besoin d'être euh... qui demande de l'aide
107 totale pour l'alimentation. Une fois qu'on a donné à manger au fur et à mesure on ramène les
108 gens dans leur chambre selon ce qu'ils ont envie de faire par ce qu'il y a des programmes pour
109 les animatrices. Parce qu'aussi il y a des salles euh... la salle à manger elle peut être aussi pour
110 un jeu de loto ou euh...de la lecture ou autre donc en fait euh... il faut aussi qu'à une heure, il
111 faut que les personnes soient dans leurs chambres ou dans les hall les activités qu'ils euh... qui
112 étaient programmées pour eux. Ensuite... euh... à une heure et demi y a les transmissions qu'on
113 donne à l'équipe d'après-midi. Donc je passe sur l'équipe d'après-midi euh... y a deux aides-
114 soignantes et une ASH qui fait fonction de glissement et puis tu as une ASH qui va faire que
115 pour la vaisselle, qui partira plus tôt. Donc, pareil à une heure et demi on fait les transmissions
116 de l'équipe du matin à l'équipe d'après-midi. Ensuite l'équipe d'après-midi, on prend notre
117 poste euh. .. pareil euh...on commence à préparer le chariot pour le goûter, c'est pareil c'est
118 nous qui préparons tout ce qui est les compléments alimentaires qui sont préparés dans l'après-
119 midi qui sont pour les personnes... on a une fiche aussi...euh... donc de là... une fois qu'on a
120 préparé ça on commence les goûter vers trois heure et demi euh... on prépare euh...donc on
121 donne, on fait le tour des goûters. Une fois qu'on a fait le tour des goûters il est presque dix-

122 sept heure donc on commence les changes. Notre premier change... ouais... notre premier
123 change c'est vers quatre heure et demi/dix-sept heure en fait...euh... donc là...L'ASH qui est
124 de fonction... de glissement de fonction, elle va aller avec une aide-soignante pour tout ce qui
125 est euh... patients lourds... c'est-à-dire qu'on a deux feuilles avec ceux qui sont à peu près semi
126 autonome ou autonome donc ils peuvent être facilement être aidés avec une seule aide-
127 soignante donc ce sont ceux qui sont en fauteuil ou qui déambulent... enfin... voilà...et tandis
128 que l'autre soignant et avec la faisant de fonction pour tous les lèves malades ou qui sont assez
129 corpulents... donc ce sont des personnes pour qui tu peux pas les faire seules. Donc euh...
130 chacun a ses nombres de patients. Une fois qu'on a fait notre premier tour de là on revient en
131 cuisine et on commence à préparer toutes les échelles, c'est-à-dire on doit préparer tous les
132 repas pour le soir. Donc on commence à On met sous cloche hein...et le repas est distribué
133 à dix-huit heures. Donc pareil, on a chacun des côtés, là l'ASH qui est en glissement de fonction,
134 elle va aider en fait euh...à donner à manger aussi en aidant les deux aides-soignantes ce qui
135 ont... y en aura un des deux côtés.... Parce que ça fait comme un « U », en fait.. notre euh...et
136 euh... une fois qu'on a donné à manger donc il y a le ramassage et de là on retourne...je crois
137 qu'on fait une petite pause quand même...on retourne faire le dernier change du soir et puis
138 euh... voir si tout va bien... et puis euh... ce que j'ai pas dit c'est euh...c'est nous aussi qui
139 distribuons au diner les traitements que ce soit le matin ou le soir et euh... notre tour de change
140 se termine vers euh... huit heure et demi et on fait nos transmissions donc à euh... l'AS de nuit.
141 On a des tours aussi... parce qu'on fait nos transmissions avec l'infirmière par ce que l'après-
142 midi elle est toute seule l'infirmière sur les deux étages, sur les deux EHPAD. Par ce que t'as
143 l'EHPAD 0, t'as l'EHPAD 1 et donc on lui fait nos transmissions aussi et si y a quoique ce soit
144 on peut, on peut faire appel à notre infirmière et après t'as la... t'as l'équipe de nuit... voilà !

145 **Céline : parfait ! Est-ce que maintenant vous pourriez m'expliquer euh... ce qu'est un**
146 **bon soin pour vous ?... Blanc... qu'est-ce qui fait que vous le caractériseriez de bon soin ?**

147 **SOIGNANTE 2 :** c'est prendre le temps déjà...d'être avec la personne, ne pas être pressée...
148 ben... par des règles institutionnelles en fait ! euh...les horaires. Un bon soin... ouais moi je
149 dirai que c'est prendre son temps avec la personne ... euh.... Faire une toilette correcte, une
150 douche, de la coucouner en fait...la personne... de lui mettre ben euh... des crèmes, de lui... de
151 la solliciter aussi dans sa prise en charge...

152 SOIGNANTE 1 : de l'écouter aussi...si elle a pas envie de faire la toilette peut être de lui
153 proposer de revenir plus tard...moi c'est ce que je faisais aussi puis ben euh... dans mes soins
154 bon souvent euh... comme tu connais tes résidents tu sais que telle personne où tu vas aller ben
155 aller en... euh... en dix minutes c'est fait et une autre personne en vingt minutes ben faut
156 prendre plus de temps parce que bon ben selon sa pathologie et puis ben si elle a pas envie de
157 se lever de suite ben tu reviens plus tard c'est ça aussi un bon soin... c'est aussi euh...

158 SOIGNANTE 2 : la solliciter dans ses vêtements aussi...lui demander ce qu'elle veut porter,
159 ben nous parfois on a pas forcément le temps de euh...on prend dans l'armoire ou ce qu'il y a
160 sur le fauteuil et puis ben... aller hop !... tu mets ça aujourd'hui quoi...là se serait plus lui
161 demander son avis.... De.... Blanc....

162 SOIGNANTE 1 : de pas la forcer aussi... ! parce que nous c'est déjà arriver... ce que...même
163 au niveau des médecins...c'est-à-dire qu'ils nous demandaient vraiment... une personne qui
164 supportait pas la douche, pour lui le médecin fallait absolument qu'elle ait sa douche donc on
165 donnait de l'hypnovel... pour pouvoir faire la douche... ça c'était euh.... Pour moi c'est pas un
166 bon soin... forcer les gens quoi.... C'est vraiment euh... voilà... si elle a pas envie de se laver,
167 qu'elle juste envie de se laver les mains, le visage, et puis bon... la toilette intime ben on en
168 reste là...mais bon après ça c'était.... Bon voilà c'est prendre en considération ce que la
169 personne veut en fait !! si elle est douloureuse c'est prendre en compte aussi sa douleur et
170 d'avertir l'infirmière, de faire la toilette après... que le médicament ait agit... pas au moment
171 où tu lui donne tu fais la toilette... par ce que ça je l'ai déjà vu aussi... c'est euh... un bon soin
172 c'est ça... c'est tout un ensemble en fait...et si elle a envie de rester dans chambre on la laisse
173 dans sa chambre, si elle veut regarder la télévision on la laisse regarder la télévision, on la met
174 pas dans... euh... avec les autres c'est peut-être parce qu'elle a pas envie de discuter avec les
175 autres. C'est...

176 SOIGNANTE 2 : mais c'est pas forcément ce qu'on fait dans la réalité...

177 SOIGNANTE 1 : non !! parce que comme tu l'as dit tout à l'heure... c'est à la chaine...

178 SOIGNANTE 2 : t'es obligé en fait...

179 SOIGNANTE 1 : puis si tu fais pas à la chaine... en fait t'es mal vu aussi toi, en tant que
180 soignant par les autres soignants... blanc.. parce que tu fais pas comme eux.. donc du coup tu
181 euh... elle, elle va faire à la chaine, elle va faire telle porte, telle porte, telle porte même si la
182 personne est en train de dormir, t'arrive, t'allume la lumière sans lui dire... ben j'allume la

183 lumière...elle fait au fur et à mesure tandis que enfin moi comme je t'ai expliqué moi je vais là
184 ...euh... la personne déambule, je vais aller faire celle qui déambule, l'autre elle est réveillée
185 je vais aller faire celle qui est réveillée. Je vais laisser au fur et à mesure en fait...mais bon euh..
186 Je me faisais un peu taper sur les doigts par les autres aides-soignantes...

187 **SOIGNANTE 2** : puis prendre le temps que t'as pas forcément non plus... ben... le temps de
188 faire ça par ce que t'as un horaire à respecter et du coup si tu dépasses l'horaire ben en fait tout
189 est décalé...la cuisine est décalée euh... pour la vaisselle ils sont décalés aussi, enfin tout ce
190 décale au fil de la journée en fait, donc c'est pour ça que t'es obligé de respecter et que t'as pas
191 forcément le temps de faire un bon soin entre guillemets tout le temps...

192 **SOIGNANTE 1** : et les fiches de postes elles ne sont pas réaliste... blanc... parce que t'as une
193 fiche de poste...elles pas euh... elles reflètent pas ce que toi tu dois euh...tu dois faire en fait...

194 **SOIGNANTE 2** : moi j'avais une cadre qui euh...chronométrait de dire ben par exemple : pour
195 cette personne-là ben en dix minutes un quart d'heure c'est bon t'as dix fois le temps de le faire
196 en fait... et du coup elle comptait comme ça tous les patients. Donc elle te disait : ben... au
197 final à midi tu dois avoir tout fini en fait. Donc ne compte pas tous les débordements que tu
198 peux avoir suivant les situations...

199 **SOIGNANTE 1** : puis un patient aujourd'hui il bien puis demain il est moins bien... donc tu
200 vas mettre plus de temps demain qu'aujourd'hui il était volontaire euh... que là... ben
201 aujourd'hui tu es allé trois fois dans sa chambre parce que ben il avait pas envie de faire sa
202 toilette par exemple. Ou alors ce qu'il y a aussi un bon soin c'est d'avoir le matos... quand t'as
203 pas le matériel euh...quand t'as pas la protection adéquate, que t'as pas une serviette pour
204 l'essuyer correctement et que tu l'essuie avec un bout de drap ou un oreiller euh...

205 **SOIGNANTE 2** : ouais le bon soin c'est ça aussi c'est d'avoir euh...du matériel pour...en
206 quantité puis euh... enfin du matériel impeccable quoi ! si tu as des serviettes toutes trouées ou
207 qui sont rêches ou euh... enfin pour moi c'est pas du bon soin non plus.... Et ça arrive
208 souvent...enfin moi c'est souvent les serviettes trouées... on fait toujours des économies sur
209 tout en fait...au final c'est au détriment des personnes. Donc ça, ça avoir aussi dans la qualité
210 des soins.... Blanc...

211 **Céline** : bien sûr... hum... Et du coup, un soin qui ne vous a pas satisfait ?

212 **SOIGNANTE 1** : pour moi, comme je te disais tout à l'heure, forcer quelqu'un à une douche...
 213 c'est pas un bon soin... La personne, tu sais les personnes âgées aujourd'hui, enfin peut être pas
 214 pour nous plus tard par ce que euh ben voilà nous on est habitué à prendre une douche tous les
 215 jours mais les personnes d'avant, elles aimaient pas l'eau, elles aimaient pas la douche, pour
 216 eux d'être au lavabo et d'être euh... de faire la toilette... voilà... ils sont pas habitués à prendre
 217 des douches et forcer une personne à prendre une douche selon que en plus elle était pas bien
 218 au niveau cognitif donc euh... elle comprenait pas quoi, on la forçait, pour elle, elle aller mourir
 219 alors qu'elle est euh... donc euh... c'est le médecin en fait... on avait beaucoup de staffs
 220 dernière en disant comme quoi qu'il y en a que ça perturbait, moi-même ça me perturbait de
 221 forcer quelqu'un à faire des douches alors que lui faisait euh... la toilette au lavabo de la tête
 222 aux pieds c'était très bien. Et y avait juste les cheveux mais on avait une coiffeuse en bas, on
 223 les menait en bas et elle lui faisait ses cheveux. Mais non... sous hypnovel et fallait le faire...

224 **SOIGNANTE 2** : après quand c'est pas bon soin aussi c'est quand il manque du personnel que
 225 t'es trois et que tu te retrouves qu'à deux pour tout l'étage et que tu es obligé de faire vite pour
 226 euh... voilà tu fais tête/main/cul et pour moi ça c'est pas du bon soin, c'est négliger et puis au
 227 final t'es pas contente de ce que tu as fait dans ta matinée en fait...

228 Blanc...

229 **Céline** : Est-ce que euh... vous vous sentez contraints par certaines règles ?... à quelles
 230 règles vous vous sentez obligés d'obéir ?

231 **SOIGNANTE 2** : ben après au niveau des horaires... t'es obligé de respecter euh... d'être à
 232 l'heure pour le repas sinon tout se décale au fur et à mesure de la journée... après heu... les
 233 contraintes... euh... pour l'instant je vois que les, règles des horaires.... Blanc.... Ouais parce
 234 que au niveau des horaires... c'est le temps qui manque en fait.... C'est ça.... C'est que tu peux
 235 pas.... tu peux pas faire ce que tu a envie avec la personne... parfois t'aurais envie de prendre
 236 le temps, de t'asseoir avec elle, de discuter mais en fait t'as pas le temps...

237 **SOIGNANTE 1** : puis même si tu discutes avec la personne ça peut être mal perçue par les
 238 autres soignants et ils disent oh euh... tu fais quoi là assis ?!! t'es assise tu fais quoi ?!! nous on
 239 travaille pendant ce temps-là !! alors que c'est un soin aussi discuter avec la personne...

240 **SOIGNANTE 2** : non mais pas considéré comme euh... comme un soin entre guillemets quoi...

241 **SOIGNANTE 1** : moi je te parle de ça c'était l'après-midi, moi je ne fume pas donc euh...donc
242 euh... des fois ça m'arrivait de passer du temps avec euh...en plus on me réclamait, puis ça
243 rassure aussi pour les personnes, de discuter un peu surtout ceux qui ont pas de familles donc
244 ça leur permet d'avoir des visites et d'avoir quelqu'un rien que pour eux et ça si tu le fais trop
245 régulièrement ben... c'est... c'est mal perçu... puis après c'est un... Puis y a cette fiche poste
246 je te dis qui est mal faite, même si....

247 **Céline : alors c'est-à-dire la fiche de poste... ?**

248 **SOIGNANTE 1** : on te dit que ben... en fait à telle heure, telle heure, telle heure... tout ce que
249 tu dois faire quoi...et comme elle disait SOIGNANTE 2 tu fais pas vraiment à telle heure, telle
250 heure, telle heure tout se décale et donc du coup ton soin il est... enfin ta journée elle est
251 complètement fichue... blanc....

252 **Céline : toi aussi tu as euh....**

253 **SOIGNANTE 2** : nous on a pas de fiche poste... on en avait mais on en a plus

254 **SOIGNANTE 1** : moi j'y ai participé à une fiche de poste par ce qu'il y a eu un nouveau cadre
255 et puis euh... par ce qu'il avait vu euh.... Par ce qu'on a des contres équipes... enfin.... Ah il
256 faut pas dire contre équipe...rires... bon t'as l'équipe voilà d'une semaine où on se... voilà...
257 y a souvent deux équipes et voilà... on était pas d'accord sur certains points et du
258 coup...euh...on nous a demandé, ils ont choisi euh... de chaque équipe et du coup j'ai fait
259 partie en fait pour faire une fiche de poste tout en prenant en compte de mon équipe, de ceux
260 avec qui je tournais régulièrement, c'est-à-dire j'ai recueilli les doléances de chacun pour
261 pouvoir faire la fiche de poste pour qu'elle soit plus réelle par rapport à nos soins..

262 **Céline : et alors avant c'était quoi la fiche poste et c'est devenu comment ?**

263 **SOIGNANTE 1** : ben c'est-à-dire en fait elle juste à réajuster par rapport à

264 **Céline : oui, et qu'est ce qui a été réajusté sur cette fiche poste ?**

265 **SOIGNANTE 1** : euh... qu'est-ce qu'on avait réajusté... ? euh... je me rappelle plus moi...ben
266 en fait, nous ce qu'on trouvait c'est que en tant qu'aide-soignante on faisait beaucoup de choses
267 qu'une ASH pouvait faire.. il y avait des euh... si tu veux il y avait des euh... des
268 différences...auprès de l'équipe des ASH. On voyait ce qu'elles faisaient elles et puis ce que
269 nous on faisait. Il y avait beaucoup de choses qu'on faisait au niveau de la logistique et de
270 l'hôtellerie alors que euh... avec tout ce qu'on avait au niveau des soins et puis de plus en plus

271 on s'est rendu compte que euh... les personnes, les nouveaux résidents qui arrivaient dans
272 l'EHPAD étaient quand même beaucoup plus grabataires qu'à l'époque donc euh... quelqu'un
273 qui a un ... ça demande plus de soins, plus de temps, et le temps qu'on avait pas. Par ce que
274 l'EHPAD 1 normalement était censé euh...ben recevoir des personnes semi autonome et on se
275 retrouvait avec des personnes tout le temps alitées, du lit au fauteuil avec des lèves malade...

276 **Céline : et donc concrètement, euh... quelles étaient ces tâches qui... ?**

277 **SOIGNANTE 1** : Ben c'était au niveau de la logistique, par rapport ben au niveau du repas, de
278 l'aide qu'on demandait un peu plus de l'ASH pour pouvoir avoir plus de temps de s'occuper
279 de

280 **Céline : et vous ça a eu quelles conséquences sur votre euh...**

281 **SOIGNANTE 1** : ben ça a pas été mis en pratique...

282 **Céline : comment ça ?**

283 **SOIGNANTE 1** : en fait, cette fiche de poste a été faite mais n'a jamais été mis en pratique, par
284 ce que les ASH n'ont pas voulu

285 **Céline : ah !! d'accord...**

286 **SOIGNANTE 1** : tout dépend les cadres aussi, si t'as un cadre qui est vraiment droit qui écoute
287 en fait ses employés et qui euh... pour pouvoir se remettre, se remettre en question et voir pour
288 le fonctionnement il peut y avoir que du mieux si le cadre eh ben en fait il dit oui et puis qu'en
289 fait il fait rien derrière... euh...

290 **SOIGNANTE 2** : ben après c'est dur de mettre en place des nouvelles choses par rapport aux
291 équipes, elles sont anciennes, c'est pas qu'elles veulent pas se remettre en question mais elles
292 veulent pas changer leur habitudes. Mais bon après des fois ça a du bien aussi le changement ;
293 Par ce que euh... enfin nous c'est tout récent à... à mon EHPAD où je bosse maintenant euh..
294 à l'étage où je suis ils font les couches connectées...

295 **Céline : qu'est-ce que c'est ? je connais pas...**

296 **SOIGNANTE 2** : en fait, donc on est trois aides-soignantes sur l'étage, on a chacun un
297 téléphone portable et en fait on a des petits capteurs, des petits ronds en fait que tu scotches
298 dans la protection, du haut de la protection donc en fait quand la couche est mouillée on a un
299 bip qui sonne sur notre téléphone portable et ça veut dire qu'il est temps d'aller changer la

300 personne. Et à chaque fois du coup que tu changes la personne et ben t'enlève le capteur, tu le
 301 nettoie avec une lingette et tu le remets sur la couche propre...

302 **SOIGNANTE 1** : non mais là c'est que tu parles pour les urines

303 **SOIGNANTE 2** : oui, par ce que les selles ça les prend pas en fait, c'est que pour les urines
 304 mais pour les résidents qui sont souvent souillés d'urine eh ben c'est... c'est pas mal...ce
 305 système dans ce sens où euh...tu penses quand même à jeter un coup d'œil euh... au moins ça
 306 évite des problèmes de peau, que la personne elle soit trempée, qu'elle sente mauvais l'urine
 307 euh... j'ai trouvé ça pas mal...

308 **SOIGNANTE 1** : et puis y a le fait aussi tu vois, en fait aussi le soin peut être décalé et tout
 309 décaler ton organisation. C'est aussi quand euh ben... quand tu as des soins d'escarres et que
 310 tu as besoin de l'infirmière et qu'elle est pas dispo...du coup ben voilà... tu fais quoi ? t'as
 311 commencé t'as toilette et elle te dit qu'elle va arriver et en fait t'es en plan quoi...eh ben des
 312 fois tu fais à sa place...ben oui...tu fais à sa place...pour finir à l'heure. C'est toute question
 313 en fait, c'est une entreprise hein...

314 **SOIGNANTE 2** : c'est ça, c'est du travail à la chaîne...non mais c'est vrai en plus... c'est la
 315 réalité des choses en fait...c'est vrai que quand tu fais des formations on te vend toujours du
 316 rêve en te disant, ben c'est tout beau, c'est tout rose mais en fait la réalité du terrain ben elle est
 317 tout autre t'es toujours obligé de te dépêcher et puis que des fois tu fais pas forcément du bon
 318 travail... entre guillemets quoi... t'es obligé de bâcler les choses...

319 **SOIGNANTE 1** : ou tu fini par bousculer la personne

320 **SOIGNANTE 2** : puis t'en devient mal traitant au final...

321 **SOIGNANTE 1** : puis tu la mets sur les toilettes et tu lui dis vous avez fini, vous avez fini ?

322 **SOIGNANTE 2** : c'est ça, tu le presse en fait, ça en devient mal traitant, sans le vouloir...

323 **SOIGNANTE 1** : ou tu fais deux chambre à la fois...

324 **Céline : c'est-à-dire ?**

325 **SOIGNANTE 1** : rires...moi j'ai vu ça... bon après tout dépend les résidents, t'as deux
 326 chambres cote à cote...

327 **SOIGNANTE 2** : tant qu'il y en a un sur les toilettes...

328 **SOIGNANTE 1** : tu vas faire la toilette de l'autre, et hop toc toc, tu fais deux personnes en
329 même temps...pour gagner du temps... ben si tu sais que la personne elle va être longue sur les
330 toilettes, tu laisses la porte ouverte, tu mets la présence, en même temps tu tends une oreille...
331 pour savoir quoi...mais après tu sais avec qui tu le fais et avec qui tu le fais pas aussi. Faut bien
332 connaître les résidents... mais tu fais deux toilettes à la fois ! là, t'as intérêt d'être bien
333 organisée...

334 **Céline : Comment est-ce que vous pourriez définir un résident de l'EHPAD ? C'est-à-dire**
335 **dégager certaines caractéristiques ?**

336 **SOIGNANTE 2** : après ils sont toujours en demande aussi les résidents, c'est des gens qui ont
337 besoin d'être écouté, ils ont... ils ont besoin d'attention, après euh.....

338 **SOIGNANTE 1** : ben... après tout dépend par ce que tu peux avoir des personnes qui te parle
339 pas...

340 **SOIGNANTE 2** : enfin moi la plupart du temps mes résidents sont en demande mais pas
341 forcément euh....c'est plus un besoin d'attention en fait...hum... peut être un peu d'angoisse
342 aussi donc c'est pour ça qu'ils nous sollicitent beaucoup aussi, après euh.....
343 ...blanc...

344 **Céline : sinon... ¾ qualificatifs qui vont avec le résident ?**

345 **SOIGNANTE 2** : bende la dépendance !!

346 **SOIGNANTE 1** : oui de la dépendance...

347(blanc)....

348 **Céline : de la dépendance à quoi ?**

349 **SOIGNANTE 2** : ben... à tout, aux soins...à l'alimentation, un résident grabataire...

350 **SOIGNANTE 1** : Après t'as celui qui déambule, lui va être.....euh.... va te suivre. Moi une fois
351 y a eu trois déambulants, on appelle ça des déambulants... (rires)... je sais pas si c'est correcte
352 de dire ça... je le met entre guillemets. Mais écoute ils sont arrivés vers moi, ils m'ont entouré,
353 ça m'a oppressé, j'avais mes affaires pour aller faire une toilette, je me suis vite éclipsée, je suis
354 vite rentrée dans la chambre et j'ai fermé la porte à clef. Tellement que ça m'a oppressé quoi.
355 En fait, c'est pas qu'elles étaient méchantes mais elles étaient là à vouloir que je m'occupe
356 d'elles et les trois à la fois... (rires)...ça m'a fait pas... pas peur mais....mais ça m'a fait comme

357 monter une petite angoisse. Je suis vite rentrée dans la chambre d'une dame qui était grabataire
358 j'ai fermé la porte à clef parce qu'au fur et à mesure elles l'ouvraient. Et je me suis occupée de
359 la dame et je suis ressortie euh.... Mais j'étais pas bien. Donc t'as ce type de résident qui sont
360 euh... voilà dans la demande mais en fait c'est pas de leur faute ils sont atteint du syndrome de
361 euh... d'Alzheimer ou alors ils sont déments...euh... donc ils sont dans la demande. Après t'as
362 celui qui veut euh... vite vite, tu fais sa toilette parce que ben euh... on l'attend pour son jeu de
363 cartes l'après-midi ou alors voilà... il.... T'as pleins de résidents comme ça. Et après t'as celui
364 qui veut pas qu'on l'embête : « ah non mais j'ai besoin de rien...vous pouvez partir »...Après
365 je sais pas les qualificatifs euh....

366 **SOIGNANTE 2** : après y a ceux qui sont attachants aussi... y en a tu y vas volontiers...

367 **SOIGNANTE 1** : oui t'as envie de rester avec eux... (rires)...

368 **SOIGNANTE 2** : ouais des petits papinoux qui sont tout.... Tout mignons là...tout gentils...

369 **SOIGNANTE 1** : qui racontent leur vie... moi j'aime bien aussi c'est d'écouter leur vie

370 **SOIGNANTE 2** : ouais ils ont pleins d'expériences....

371 **SOIGNANTE 1** : t'apprends énormément...une fois ça m'est arrivée, y avait une dame elle
372 avait une aloé-vera qu'on lui avait offert mais il végétait, tu sais...puis moi j'en avais un gros
373 chez moi, j'ai pris une bouture je suis arrivée et à chaque fois que j'arrivais pour lui faire sa
374 toilette elle regardait et elle disait : « vous avez vu...il pousse bien celui-là ? » mais tu sais
375 c'était pas grand-chose, c'était... c'était une petite attention et qui fait que ben...la résidente
376 ben voilà... elle se sentait bien...

377 **SOIGNANTE 2** : Ils voient que tu t'intéresses à eux...du coup ça leur donne un sentiment
378 d'exister aussi... de...

379 **SOIGNANTE 1** : parce que bon quand même ils arrivent aussi dans une chambre où euh...
380 c'est pas personnalisé donc ne serait-ce qu'une plante parce qu'elle aimait bien les plantations
381 qu'elle avait chez elle... ça peut leur rappeler quelque chose de bien en fait...

382 ...(Blanc)...

383 **Céline** : alors on dit : EHPAD, donc Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
384 Dépendantes avec mise en avant de la dépendance, qu'est-ce que ça signifie pour vous ?

385 SOIGNANTE 2 : après moi je dirais que maintenant les personnes âgées quand elles entrent en
386 institution elles sont de plus en plus dépendantes. Elles demandent beaucoup de soins par ce
387 qu'elles préfèrent rester un maximum à domicile.

388 SOIGNANTE 1 : ah ben c'est une question d'argent aussi hein...ça coute moins cher à
389 domicile...donc quand les aidants ils en peuvent plus qu'ils te mettent leurs parents en
390 institution et en général quand ils arrivent comme le dit SOIGNANTE 2 ça a besoin d'aide
391 totalement... même si ils savent faire il faut que tu les stimule...blanc...donc ils sont
392 dépendants quoi....en fait, ils dépendent de toi quelque part tu leur régis leur journée en fait,
393 t'arrive... il est sept heure du matin ou huit heure du matin tu leur fait la toilette, tu leur apport
394 leur déjeuner, en fait ils ont même plus d'horloge... c'est toi qui leur fixe leur journée, leurs
395 horaires, tu viens les chercher...ah on va aller manger... « mais on est toujours en train d'aller
396 manger mais j'ai pas faim ! » mais il ne savent pas qu'il est midi.. ;

397 SOIGNANTE 2 : en fait ils disent que c'est un lieu de vie, que c'est chez eux mais en fait au
398 final c'est pas chez eux parce que tu leur dicte ce qu'ils doivent faire...

399 SOIGNANTE 1 : comme elle disait SOIGNANTE 2 tout à l'heure euh..y a des résidents tu leur
400 fait même pas choisir les vêtements, ben parce que t'as pas le temps... (blanc)... donc en fait
401 ouais tu les rends dépendants, même ceux qui ont encore une certaine autonomie tu les rend
402 dépendants de....oui c'est ça en fait !...

403 **Céline : autre question : comment les résidents participent à la vie de l'établissement ?**
404 **est-ce que vous diriez qu'ils sont impliqués ?**

405 SOIGNANTE 2 : ça dépend les résidents et puis après moi je dirai aussi ça dépend beaucoup
406 aussi de euh...du...du personnel enfin des intervenants comme l'animatrice. Y a des animateurs
407 qui sont beaucoup investis dans ben des activités dans... dans l'établissement style du jardinage
408 ou du tricot... ou euh...

409 SOIGNANTE 1 : oui mais ils ont leurs chouchous aussi HEIN

410 **Céline : c'est-à-dire ?**

411 SOIGNANTE 2 : ben c'est toujours les mêmes résidents en fait, ceux qui sont autonomes et qui
412 arrivent bien...

413 SOIGNANTE 1 : ils ne vont pas prendre quelqu'un qui est en fauteuil et qui n'y arrive pas donc
414 euh...ils vont plutôt prendre la personne qui marche et qui voilà quoi... que tu peux discuter un

415 peu avec et voilà quoi...c'est l'animatrice qui fait sa liste. C'est pas nous, nous quand on
416 impose... enfin.. quand on lui dit tu devrais prendre telle personne ou telle personne : « oh mais
417 non euh... aujourd'hui avec l'activité qu'on va faire aujourd'hui ça va pas être possible euh...

418 **SOIGNANTE 2** : même les activités en extérieur ils prennent toujours des personnes autonomes,
419 valides et que euh...des gens qui sont en fauteuil, je dis pas de prendre pleins de fauteuils, ne
420 serait-ce qu'un petit fauteuil...et ben ça ferait plaisir à la personne en fait... après y a des
421 résidents aussi qui sont demandeurs de faire des activités comme par exemple des euh...ben
422 débarrasser des tables, passer un coup de lavette sur les tables après le repas, pour la vaisselle
423 aussi sur les tables, plier du linge aussi, des serviettes... y en a qui sont demandeur de euh...
424 faire tout ça...après moi je dirai tout dépend de euh...de la volonté que les, que
425 les...soignants...

426 **SOIGNANTE 1** : du personnel...

427 **SOIGNANTE 2** : par ce qu'il y a des personnels qui vont laisser faire et d'autre euh... qui
428 laisseront pas faire...

429 **Céline : pour quelle raison du coup ?**

430 **SOIGNANTE 2** : ben...que... peut être que ça va plus vite aussi de le faire nous en tant que
431 soignant

432 **SOIGNANTE 1** : et puis tu gagnes du temps selon les animatrices quand elles prennent les
433 personnes où elles savent que euh...ben t'as moins de surveillance quand elles trient en fait...
434 enfin non j'aime pas c'est pas beau ça...en fait quand elles choisissent leur résident pour faire
435 leur activité ça leur fait gagner du temps et puis voilà c'est plus intéressant pour elles...

436 **Céline : est-ce qu'ils ont une place dans leur projet de vie, de soin ?**

437 **SOIGNANTE 1** : c'est pareil j'allais dire, j'allais revenir euh...tu vois y a, y avait certains
438 résidents qui voulait aller à la mer donc les animatrices avec les infirmières et les aides-
439 soignantes ils ont mis en place ne fait une sortie mer. Pareil, c'est choisi par rapport aux
440 résidents. Donc euh tu peux aussi euh...

441 **Céline : donc en fonction de quoi du coup là ?**

442 **SOIGNANTE 1** : ben de l'autonomie, tu peux mettre en place... oui tu peux respecter et en
443 même temps tu peux ne pas le respecter en fait le projet de vie ;

444 **SOIGNANTE 2** : moi je trouve que c'est pas forcément mis en place ce projet de vie là, par ce
445 qu'en fait c'est décidé en réunion euh... pluridisciplinaire, tu vois avec l'IDEC avec le médecin
446 co, la psychologue euh les infirmières, un peu les soignants ou au final des fois ce qu'elles te
447 disent dans le projet c'est pas... c'est pas forcément applicable ou euh... c'est pas réalisé.

448 **SOIGNANTE 1** : oui c'est ça, tout dépend en fait les résidents ils ont des projets mais ça va pas
449 jusqu'au bout parce que du coup c'est pas... comme elle le disait c'est pas applicable

450 **SOIGNANTE 2** : c'est que c'est mis sur le papier en fait... et c'est pas appliqué

451 **SOIGNANTE 1** : comme celui qui veut se lever vers 11h du matin et apporter le déjeuner à 10h
452 ça ne sera jamais appliqué par ce que c'est à 8h le petit déjeuner...

453 ...(blanc)...

454 **Céline** : Est-ce que euh..., pour vous comment sont entendues les demandes des résidents
455 justement ?

456 **SOIGNANTE 2** : ben moi dans mon EHPAD il y avait à un moment donné un euh... boîte à
457 idées qui a été mis à l'accueil donc euh... les résidents pouvaient s'il le voulait marquer sur un
458 petit bout de papier ce qu'ils voulaient ils le mettaient dans la boîte aux lettres et c'était la
459 direction qui... qui dépouillait en fait... et ben... c'était pas forcément mis en place et après y a
460 aussi un... je sais plus comment ça s'appelle... des réunions de euh... je sais plus le nom
461 exact... c'est un conseil de résidents entre guillemets avec euh... un membre du personnel qui
462 est là pour euh... pour écrire ce que les résidents demanderaient en fait, et ils discutent euh...
463 par exemple sur euh... les activités proposées ou sur euh... même les repas ce qui est pas bon,
464 ce qu'ils aimeraient, ce qui va pas en fait...

465 **Céline** : et certaines choses ont été mis en place ?

466 **SOIGNANTE 2** : plus au niveau des repas, mais bon après y avait rien de flagrant non plus,
467 peut-être d'avoir plus de vin, plus de pain à table ou euh... même sur la qualité des euh... repas

468 **Céline** : et chez toi ?

469 **SOIGNANTE 1** : chez moi y a pas de boîte à idées mais j'ai un exemple en tête qui m'avait
470 choqué en fait euh... au rez de chaussé tu as des personnes qui fument donc y a pas de souci,
471 elles sont autonomes, elles demandent aux soignants d'allumer sa cigarette et elles vont fumer
472 dehors et euh... dans mon service ou j'étais à l'EHPAD 1 il y avait une dame qui chiquait elle,

473 ouais du tabac, c'est pas fumer mais c'est chiquer elle était alitée aussi et elle demandait à
474 chiquer son tabac donc euh...en plus elle avait plus de famille, enfin elle avait 10 enfants mais
475 10 enfants qui ne lui parlaient plus et elle était sous tutrice et en fait euh...comme il y a une loi
476 tu ne peux pas... hum... enfin je sais plus... c'est euh...bon enfin c'était interdit de euh...
477 d'acheter que ça soit pour la tutrice ou l'établissement...comment dire...quelque chose qui était
478 addict...enfin euh...le tabac euh... tout ce qui alcool et tabac tu ne peux pas acheter, c'est
479 interdit. Donc euh... cette dame-là ben... du fait que la tutrice ne pouvait pas lui acheter ça
480 euh...son...pour chiquer et ben euh... ils ont décidé avec le médecin de euh...la sevrer. Mais
481 le problème c'est que bon...euh... elle, de chiquer ça la désangoissait, parce qu'elle était bien
482 après. Et du coup ils l'ont sevré...

483 **Céline : et ça a fonctionné ce sevrage euh... ?**

484 **SOIGNANTE 1** : ben après, est-ce qu'elle avait le choix ? mais ça c'est un exemple, la question
485 c'était ça hein... c'était de savoir, le résident ce qu'il voulait est ce qu'il était vraiment respecté
486 dans ce qu'il aimerait avoir... là ça vient du côté du tabac pourtant euh...au rez de chaussé pour
487 ceux qui sont valides ben eux ils ont droit à leur cigarette et pas elle...

488 **SOIGNANTE 2** : en fait ils font style de mettre des choses en place pour... heu dire qu'ils sont
489 à l'écoute en fait, mais ils ne sont pas à l'écoute...

490 **SOIGNANTE 1** : tout dépend en fait, moi je te tournerais tout ça autour de l'autonomie... de
491 la personne, ce qu'elle sait faire et ce qu'elle peut faire, par ce que bon après t'as des personnes
492 qui avaient... nous si tu veux l'EHPAD il est juste à côté de l'Intermarché, ils ont juste à
493 traverser la route et dans l'Intermarché t'as un bureau de tabac donc ceux qui fument ils peuvent
494 aller avec l'argent de leur tutrice, aller acheter du tabac tandis que cette pauvre dame pourtant
495 c'était son seul euh.. Elle regardait pas la télévision, elle était toujours alitée et son seul plaisir
496 c'était de chiquer... tu vois le truc...

497 **SOIGNANTE 2** : après les demandes elles sont respectées ou non, c'est suivant aussi déjà si la
498 personne elle a toute sa tête ou pas et par rapport aux familles. Par ce que si les familles elles
499 appuient bien derrière la demande sera respectée...

500 **SOIGNANTE 1** : oui et dans ce cas-là elle avait pas de famille cette dame... ah et les lunettes
501 aussi, elles sont cassées ou elles sont plus à la vue ben c'est difficile d'avoir des rendez-vous,
502 parce que les médecins, les ophtalmos ne se déplacent pas aussi donc du coup ben... ou alors

503 euh...t'as plus de dentier ben tu manges mixé ben ça arrive... pourtant c'est des demandes,
504 c'est pas des demandes farfelues...

505 **SOIGNANTE 2** : c'est des demandes utiles en fait hein...

506 **SOIGNANTE 1** : donc c'est pas respecté... et moi je reviens toujours sur la question de
507 l'autonomie de la personne : ce qu'elle sait faire ce qu'elle sait pas faire, ben tu sais pas faire
508 ben tu restes alité... t'as pas besoin de chaussure tu marches pas... c'est ça...

509 **SOIGNANTE 2** : ben nous dans mon EHPAD c'est beaucoup l'influence de la famille, si on a
510 la famille qui est beaucoup derrière qui est très demandeuse qui est très exigeante ben là les
511 demandes euh... ça va être fait quoi...

512 **SOIGNANTE 1** : ouais ben c'est partout pareil je pense hein...

513 **SOIGNANTE 2** : si la résidente elle a pas de famille ben ça va peut-être passer à l'as et c'est
514 dommage...

515 **Céline** : **est ce que certaines sont faites pour maintenir l'autonomie ?**

516 **SOIGNANTE 1** : de quoi ?

517 **Céline** : **est-ce que certaines de ces demandes sont faites pour maintenir l'autonomie ?**

518 **SOIGNANTE 2** : moi je dirai que non !

519 **SOIGNANTE 1** : par rapport aux demandes de tout à l'heure ?

520 **Céline** : **oui**

521 **SOIGNANTE 1** : ben regarde pour chiquer ça la désangoissait, c'était euh...un effet
522 anxiolytique, elle était bien quand elle chiquait du jour au lendemain où elle a plus chiqué
523 euh...elle était exécrable la dame, le monsieur qui réclamait une paire de lunettes c'était quand
524 même pour son autonomie. Après euh...c'est ceux qui sont sous tutelle...

525 **SOIGNANTE 2** : des fois la tutelle ça met beaucoup de temps aussi, le temps... dans le moment
526 où euh...la résidente elle envoie la demande à la tutelle, le temps que la tutelle elle étudie la
527 demande qu'il y ait un retour et si c'est positif ou négatif... ça met du temps donc euh...

528 **SOIGNANTE 1** : les vêtements aussi, des fois t'es à court de vêtements, les tutelles elles sont
529 pas dispo euh...en fait elles viennent on lui donne les mesures et tout par téléphone et elles vont
530 chercher des vêtements et elles apportent les vêtements mais euh... les vêtements des fois ils

531 ne correspondent pas et euh comment dire, des fois moi j'ai vu des euh...des soignants qui
532 faisaient leur tri de vêtements... et puis euh...

533 **SOIGNANTE 2** : que tu rapportes à l'EHPAD... pour dépanner...

534 **SOIGNANTE 1** : ou alors euh... tu as plein de vêtements des personnes qui sont décédées et
535 que euh... la famille n'a pas récupéré ben tu coup tu t'en sers...

536 **SOIGNANTE 2** : ben ne serait-ce aussi que pour les produits d'hygiène... les savons, les
537 shampoings, ça aussi, t'es toujours obligé de réclamer ou alors des fois tu réclame à la famille
538 et ils apportent pas ben comment tu fais après, t'es toujours obligé de pleurer pour avoir quelque
539 chose.

540 **Céline : c'était ma dernière question, merci à vous !**

541 **SOIGNANTE 1** : de rien !

542 **SOIGNANTE 2** : de rien !

Annexe I.II : Entretien 2

1 **Céline : Alors, est-ce que tu peux te présenter en quelques mots s'il te plaît ?**

2 **SOIGNANT 3 :** alors... beh... j'ai quarante ans... j'ai commencé les soins en 2007 et donc
3 euh... de 2007 à 2013 j'ai été ASH faisant fonction dans un EHPAD. Et après de 2013 à
4 euh...2019 j'ai travaillé aux urgences et après j'ai fait de l'ITERIM, avec quelques missions
5 d'intérim en EHPAD à dans un autre département. Et maintenant je suis en formation pour
6 devenir infirmier.

7 **Céline : Peux-tu me dire comment s'organisait une journée en EHPAD, précisément ?**

8 **SOIGNANT 3 :** On commençait à l'époque...euh...donc euh... on embauchait à 6h30. Donc
9 euh...j'arrivais un peu avant pour m'habiller tout ça...donc il fallait être à 6h30 habillé, donc
10 on arrivait, on regardait le planning pour savoir dans quel groupe on était parce qu'il y avait
11 plusieurs groupes, de euh... de ... toilette en fait...chaque matin pour éviter les redondances et
12 les maltraitements justement, chaque matin on avait un différent groupe de patients, qui était à
13 peu près de 14 patients et euh.... Du coup ben quand j'ai su bah de quel groupe j'étais, parce
14 que c'était la cadre qui mettait les groupes aux crayons à papiers, elle faisait ça semaine par
15 semaine pour éviter les échanges justement pour pas que tout le monde ait le même poste à
16 chaque fois. Donc euh... j'arrivais donc j'avais pris connaissance du euh...de l'endroit où
17 j'allais faire mes toilettes, des personnes que j'allais m'occuper. Je lisais un peu tranquillement
18 ben le cahier, y avait un cahier de transmissions pour chaque groupe et prendre connaissance
19 de la relève en attendant que les autres arrivent parce que la relève était à 7h. Et euh... une fois
20 que tout le monde était là et ben on commençait la relève de la nuit, avec les veilleurs de nuit.
21 Ils nous expliquaient ce qu'il s'était passé la nuit, un peu les... les grosses choses. Et une fois
22 qu'on avait fini la relève il était bon... on comptait jusqu'à 7h30 facile parce qu'il y avait 7
23 groupes. Là où j'étais il y avait 94 résidents. Et donc du coup elles nous expliquaient ce qui
24 arrivait, ce qui allait y avoir dans la journée aussi euh... que les filles nous disaient d'hier, si y
25 avait des résidents qui allaient sortir, ce qui fallait préparer pour la sortie ou euh selon ce qui
26 avait, s'ils avaient euh...des examens, des...s'il y avait quoique ce soit. Nous on écrivait sur
27 nos petits calepins ben qu'est-ce qu'il se passait. Euh... bon après une fois fini ça ben... on
28 prenait le cahier de relève, on en prenait connaissance et puis ben j'étais avec ma collègue et
29 donc du coup je le savais à la relève qui était dans mon groupe avec moi, on était 2 aides-
30 soignants pour a peu prêt euh...entre quinze et seize patients mais après c'était mélangé. C'était

31 genre euh...trois toilettes au lit et parés le reste c'était des aides à la toilette. Ils essayaient
32 d'harmoniser, en fait, pour que chaque euh...groupe ait euh...à peu près le même nombre de
33 toilette aux lit et le même nombre d'aide à la toilette et des gens qui se débrouillaient tout seul
34 aussi pour qui il y avait juste à faire le lit. Donc euh... avec ma collègue, on euh...avant de
35 démarrer on fumait une clope... voilà... parce que bon aussi ça faisait trop tôt pour les résidents,
36 pareil on essayait de savoir qui avait euh...était démarré la veille pour pas que ce soit tjrs le
37 même résident qui soit fait à 7h du matin. Il y avait des impératifs pour qui on était obligé de
38 les faire en premier et euh... les personnes aussi douloureuses où euh...la toilette prenait plus
39 longtemps des fois on les faisait en premiers pour que euh voilà... ou alors un peu plus tard ça
40 dépend s'ils avaient un traitement anti douleur ou quoique ce soit...et donc on montait dans les
41 étages si on était... dans les étages il y avait trois services. Il y avait le deuxième étage, le
42 premier et le rez de chaussée et ben selon où on était, ben on préparait le chariot. Normalement
43 ceux de l'après-midi devaient préparer notre chariot mais bon... souvent des fois c'était pas fait
44 ou... euh ben... fallait remettre des protections et des fois ben fallait en plus aller à la réserve
45 parce que du coup ben dans le local il y en avait plus donc bon ben du coup ça dépendait des
46 collègues en fait, tu savais en fonction de qui c'était que ça allait être plein où pas. Donc on...
47 pareil, les gants jetables...donc euh..on se répartissait les soins avec ma collègue ou mon
48 collègue j'avoue que des fois on faisait par affinité donc euh si y avait un collègue qui aimait
49 bien tel ou tel résident ben... si ça se passait ben... autant faire avec, le tout ben après c'est de
50 l'organisation, c'est le fait de gagner du temps aussi, si ça se passe mieux ben on gagnait du
51 temps, parce qu'on avait quand même on était pressé au niveau du temps et oui hein on devait
52 finir les toilettes à peu près vers 10h30 hein. En fait, on les faisait pas manger en chambre à
53 l'époque mais le docteur, le chef en fait, voulait qu'ils mangent tous en bas. Donc ben... du
54 coup une fois qu'on avait fini la toilette, on les amenait au restaurant, à part si vraiment ils ne
55 pouvaient pas bouger ou quoique ce soit, mais bon on avait généralement très peu de personnes
56 à nourrir dans les chambre quoi... à l'époque c'était je crois un emploi jeune qui servait au
57 repas, nous on était exclusif à la toilette. Donc euh... une fois qu'on s'était réparti les toilettes
58 donc euh... on commençait les toilettes euh... normales euh...après ben si moi j'avais fini avant
59 j'allais l'aider et vice et versa. Une fois que on avait fini les toilettes si c'était pas trop tard ben
60 après on devait s'occuper d'eux en bas, pour ceux qui avait une deuxième fois envie de faire
61 pipi ou quoique ce soit, des fois ça arrivait ceux qui étaient fait à 7h du matin ben on les
62 rechangeait. Donc on les mettait un peu au propre entre guillemet pour le repas. Après pour le

63 repas on aidait ceux qui en avaient le plus besoin ; Il y avait deux salle, en fait il y avait une
64 salle pour ceux que euh on aidait donc on était 5 ou 6 pour aider et y l'autre côté où c'était plus
65 du service en fait, voilà ou de l'aide partielle pour couper la viande et tout ça... après ben une
66 fois qu'on avait fini de donner le repas ben nous on allait manger. Après à une heure on avait,
67 ouais une heure et quart ben il y avait l'équipe d'après-midi qui arrivait, on se faisait une relève
68 un peu dehors ou ça dépendait, on essayait de trouver... parce que du coup là où on faisait le
69 staff c'était la salle à manger, donc ben du coup ça dépendait de si c'était le weekend ou pas.
70 Par ce que le weekend on se faisait un staff entre nous et la semaine on faisait un staff à
71 l'infirmerie avec les infirmières et on discutait de ce qui c'était passé et après ben une fois que
72 le staff était fini bon ben moi je m'en allais si j'étais de matin et si j'étais d'après-midi on
73 recommençait du coup... on arrivait...préparait les chambres, on faisait le tour des chambres
74 pour voir un peu si y avait les produits, les protections qui fallait parce que c'était des fois dans
75 leur chambre. Donc on regardait les protections, en même temps on rangeait le linge, on avait
76 le linge à distribuer, tu sais le machin, on avait des chariots où y avait leur linge...euh...après...
77 on ... une fois qu'on avait fini ça, ça prenait jusqu'à... ouais à peu près 15h-15h30, après ben
78 rebelote on les amenait au toilettes. Ah oui avant ça, il y avait ceux qui allaient à la sieste donc
79 ceux qui étaient alités et c'est vrai qu'il y en avait qui était juste couché jusqu'à 15h30-16h.
80 c'était l'équipe du matin vers euh.. après mangé qui en couchait deux/trois par étage donc...
81 c'est vrai à 15h on relevait les personnes, on allait voir ceux qui étaient alités et après à 17h
82 ceux qui étaient le plus fatigué que ça faisait longtemps qu'ils étaient levés, y en avait qui
83 demandait à être couché tôt donc euh... on couchait.. y en a quelques-uns qui les couchaient et
84 une autre parti des soignants qui les surveillaient en bas qui donnait le gouter qui faisait le tour
85 aussi pour le gouter et après le gouter il y avait le repas du soir à 18h30. Euh... les autres étaient
86 euh... ceux qui étaient en chambre le repas était u peu avant à 18h00 et ceux qui étaient en salle
87 de restaurant ils étaient à 18h30. Et euh... une fois... euh... ben là arrivait un peu la course par
88 ce que ben là... euh... c'était tout le monde et du coup on était moins et fallait aider tout le
89 monde. C'est-à-dire de l'après-midi ben en fait le matin on était plus pour finir à 10h30 et
90 l'après-midi on était un peu moins. Mais il y avait un coupé qui venait, y avait un coupé par
91 jour qui venait à 17h pour aide à coucher pour qu'on soit cinq. Donc là ben y avait ceux qui
92 avaient juste les bas à enlever, les bas de contention, y en a qui se débrouillaient tout seul et y
93 en avait que c'était ben euh... de l'aide totale quoi... Après ça dépendait de l'évolution mais
94 après on commençait les couchers c'était à peu près 19h jusqu'à à peu près... euh... allé

95 20h30/20h45 qu'on ait le temps d'écrire nos soins, faire nos transmissions, de euh... parler
96 avec l'équipe de nuit et l'équipe de nuit prenait le relais à 21h

97 **Céline** : c'était bien rythmé... !

98 **SOIGNANT 3** : ...(rires) ...ouais... ben obligé...hein... 94 résidents !!

99 **Céline** : **Qu'est-ce qu'un bon soin pour toi ?**

100 **SOIGNANT 3** : Euh... un bon soin pour moi c'est... c'est prendre en compte euh...prendre en
101 compte la personne dans sa globalité donc que ce soit au niveau psychique, au niveau physique
102 et c'est... déjà moi être satisfait de ce que j'ai fait , que la personne soit aussi satisfaite de son
103 soin, de lui demander, aussi si ça s'est bien passé ou quoique ce soit, essayer de prendre ses
104 désirs en compte si on peut, avec bien sûr les difficultés de l'institution, hein euh... de s fois
105 ça arrivait que euh...une petite grand-mère qui me disait : « oui mais je préfère un tel.. » oui
106 mais aujourd'hui elle est pas là on peut pas faire autrement. Moi en étant un homme ça m'est
107 arrivait une fois ou deux mais pas plus que... une dame voulait pas d'homme donc j'essayais
108 avec ma collègue de euh...de changer. Mais après en me connaissant ça arrivait petit à petit
109 qu'elle change d'avis et puis après au fur et mesure j'ai réussi à ... et euh... essayer de faire le
110 maximum pour la personne, qu'elle soit bien quoi ! et que le soignant aussi soit bien parce que
111 si tu vas à contre cœur dans la chambre je pense que tu feras pas un bon soin quoi... pour moi
112 un bon soin c'est ça c'est ...euh...prendre aussi le temps, dire ben...elle a besoin de ça... elle
113 a des escarres alors a besoin d'effleurages, elle a besoin de parler parce que ben ça va pas
114 euh...elle est en EHPAD, elle est âgée euh...elle a perdu son autonomie... se mettre un peu à
115 la place de euh... avoir de l'empathie quoi... de se mettre à la place d'elle quoi...et en essayant
116 aussi de jongler avec euh...ben...l'institution quoi...les règles qu'on nous met quoi...

117 **Céline** : **qui pourraient être quoi du coup ?**

118 **SOIGNANT 3** : ben...les règles euh... de temps c'est euh... c'est surtout ç moi qui m'a
119 toujours péché parce que euh...je comprends pas comment on peut mettre euh...encore là où
120 j'étais on était bien loti quoi... parce qu'à certains endroits quand j'ai fait de l'intérim ça m'est
121 arrivé d'aller voir ben euh...l'agence d'intérim avec une calculette en leur disant ben voilà j'ai
122 10 minutes par patient : est-ce que vous euh...valide comme vous êtes-vous arriverez à faire
123 une toilette en 10 minutes ? par ce que ben faut compter que ce sont des personnes qui parkinson
124 donc elles ont des difficultés de mobilisation, qui sont âgées.... Et voilà quoi 10 minutes je

125 trouve que c'est pas assez...et de c'est de plus en plus... ben ... on voit ce que ça donne avec
126 ORPEA et tout ça quoi maintenant...

127 **Céline : Ben... du coup, explique-moi un soin qui ne t'a pas satisfait ?**

128 **SOIGNANT 3 :** et ben un soin qui ne pas satisfait ben comme je disais tout à l'heure avec mon
129 collègue on pouvait se répartir ...mais avec les personnes avec des troubles cognitifs ou à la
130 limite c'est pas qu'on est pas bien formé mais euh...on a pas tous les aboutissants et des fois
131 c'est vrai que c'est difficiles de faire une personne avec des troubles cognitifs parce que ben
132 ...ben tu sais pas par quel bout l'aborder en fait et tout ça et ...t'as l'impression que des fois tu
133 fais de la euh...de la euh... des mauvais soins quoi... t'as l'impression d'être mal traitant des
134 fois parce que.. euh... par la... par le manque de temps ... tu rentres dans la chambre et .. Alors
135 .. du coup quelqu'un qui malheureusement a toute sa tête tu vas prendre en compte ses désirs
136 et tout et ... euh... tu vas lui dire ben venais et out ... tandis qu'une personne euh...avec des
137 troubles cognitifs alors ben t'es obligé de prendre des décisions pour elle, essayer de l'amener
138 pour que euh... ben tu sais que euh...il faut qu'elle ait ...qu'elle soit propre, qu'elle soit
139 présentable pour sa famille... mais du coup elle te reconnaît pas...t'as beau y aller 10 fois par
140 jour ben ce sera peut-être toujours la même histoire et là ben tu te trouves un peu désespéré
141 en tant que soignant ... moi de mon point de vue à moi c'est ... c'étaient les plus grosses
142 difficultés que j'ai eu c'étaient pour les personnes avec des troubles cognitifs. Et du coup ben
143 ...enfin moi je ne suis que soignant mais pour leur famille c'est encore pire. Mais bon pour moi
144 j'avoue que c'étaient des difficultés parce que on arrive le matin on avait des draps de partout,
145 des fois elle se retrouvait toute nue... euh...des fois tu les retrouvais pas, fallait les chercher
146 et moi ben je trouvais que le soin il était pas efficace...moi je... ben des fois ça arrivait ..hop la
147 attendez ben ils te filaient un coup parce qu'ils te reconnaissaient pas pendant la toilette donc
148 du coup...ouais du coup c'était difficile, ou de les amener aux toilettes...enfin...c'était...c'était
149 difficile...ça dépendait de la progression du trouble cognitif quoi ...

150 **Céline : est-ce que tu t'es senti contraint par certaines règles ?**

151 **SOIGNANT 3 :** ben déjà à tout ce que l'infirmière disait et le docteur, le problème c'est qu'on
152 ne nous expliquait pas, on était des exécutants et c'est ce que je reprochais aussi dans certains
153 EHAPD c'est que...euh enfin on est pas bête, on peut nous explique quoi... on nous dit ben
154 telle personne on fait ça et ... par exemple le matin de faire toujours les diabétiques, vachement
155 tôt alors que eux nous disaient mais moi je veux dormir quoi, moi je paye 3000 euros et... on

156 était obligé de les faire tôt parce que euh... l'infirmière voulait que euh... tous les diabétiques
157 euh... soient en rang d'oignons pour pouvoir faire son insuline et ses dextro... je trouvais ça nul
158 parce que euh... elle pouvait, elle, se déplacer pour faire ses insulines mais elle avait
159 décidé... donc euh... on faisait comme elle voulait... et je trouvais que ces contraintes là c'était
160 pas humain quoi... et puis les contraintes temps aussi hein comme tout... bon... après dans
161 certains EHPAD que j'ai fait comme je dis tout à l'heure c'était ben voilà les contraintes de
162 temps et ces des usines enfin c'est ... d'un côté c'est magnifique c'est IKEA tu vois, en façade
163 en fait mais y a personne dedans en fait... parce qu'il n'y a pas de soignant en fait... et du coup
164 toi t'es là-dedans euh... je me suis retrouvé dans des EHPAD où je suis arrivé à midi et demi
165 et je couchais des gens jusqu'à 17h30 les uns après les autres et ils trouvaient ça normal... je
166 sais pas moi... les gens... ils me disaient « mais pourquoi je suis couché à cette heure-là ? »
167 même s'ils avaient des troubles cognitifs des fois ils disaient : « mais pourquoi je suis
168 couché ?... » ben tu leur disais : « Voilà... c'est comme ça... ». C'était des fois des règles qui
169 avaient ni queue ni tête quoi... et je pense qui n'étaient pas rediscutées en fait... c'est ça en fait
170 c'est que euh... des fois c'est ce qu'on dit... c'est ce que comparé à l'hôpital, de l'hôpital à la
171 limite ils pompent des protocoles et ils discutent entre eux et là y a des fautes et ils sont au-
172 dessus et ils ne prennent pas en compte ton travail en fait ... ce que t'as à faire quoi...

173 **Céline : comment définirais-tu un résident de l'EHPAD ? en 3-4 qualificatifs...**

174 **SOIGNANT 3 :** alors euh... un résident ça peut être tout et rien. Parce que du coup un résident
175 ça peut être quelqu'un de cinquante ans avec une dérogation et des problèmes psychique. Donc
176 euh... du coup on a eu des personnes euh... de Montfavet qui a eu une dérogation assez jeune.
177 Par ce que du coup sa famille ne pouvait pas s'en occuper, ça peut être des parkinsons de 60
178 ans et ça peut être euh... une perte d'autonomie à euh... 80 ans. Donc ça peut être des gens
179 euh... par ce que j'aimais bien euh... faire de la musique et c'est là que j'ai remarqué que en
180 fait par ce que je mettais de la musique dans l'EHPAD des fois je faisais des Play List et tout
181 et j'avais des jeunes de 60 ans qui me disaient euh... « arrête de nous mettre de l'accordéon !
182 mets nous du Johnny quoi... » et c'est là que tu te dis ben en fait euh... il y a plusieurs génération
183 dans cet EHPAD en fait, c'est pas que euh... on se dit la petite mamie 80 ans qui est dans son
184 fauteuil qui est mignonne. Non euh... y a des personnes de euh... de tout âge, de tous horizons.
185 Ben du coup j'ai fait la toilette à un inspecteur des impôts, à un postier, j'ai aidé une cuisinière,
186 j'ai aidé.... Pour moi un résident d'EHPAD c'est en fait, c'est euh... c'est à un moment donné
187 une prise conscience où tu peux plus être seul chez toi et ce qui leur fait vraiment de la peine... ça

188 je l'ai souvent entendu c'est qu'ils ne pouvaient plus être seuls chez eux euh... et que c'était
189 vraiment une souffrance, cette perte d'autonomie ou alors y en a qui essayaient de se
190 reconstruire dans l'EHPAD quoi... et du coup voilà... euh... les EHPAD c'est ça, c'est nous
191 mais plus vieux avec les mêmes désirs hein les mêmes euh... d'être en couples...et j'ai qui y
192 avait même des couples qui se formaient du coup de personnes âgées...c'est, c'est tout ça...

193 **Céline : On dit, EHPAD, donc Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées**
194 **Dépendantes avec mise en avant de la dépendance, qu'est-ce que ça signifie pour toi ?**

195 **SOIGNANT 3** : ben euh...à une époque oui ... en fait on venait en EHPAD parce que euh...
196 on était âgé ben on pouvait plus rester seul chez soi mais on avait quand même une certaine
197 autonomie et c'est vrai que euh... vu le prix de la vie de plus en plus ça devient de la
198 dépendance, là c'est là que j'ai remarqué parce que euh...après quelques années passées à
199 travailler aux urgences et que je suis retourné en EHPAD en intérim j'ai vu qu'il n'y a plus trop
200 de personne autonome en fait, c'était vraiment plus que des personnes euh...grabataires
201 euh...ou qui allaient devenir vraiment très grabataires ouais pour moi c'est devenu ça en fait,
202 j'ai l'impression que les EHAPD sont devenus plus des lieux de vie mais beaucoup de euh...
203 pas de garde malades mais de gens grabataires en fait... j'ai...j'ai l'impression que l'animation
204 a plus sa place en fait, dans ces... dans ces EHPAD en fait, c'est du luxe et... à part des EHPAD
205 où oui je suis allé et où c'est excessivement cher où là oui y avait vraiment euh...de l'animation
206 et puis les gens ils payaient pour être bien, c'étaient des petits appartements ... c'est-à-dire de
207 l'animation pour donner du sens à ta journée , ça veut dire que... comme je te dis soit c'est
208 t'étais un peu assimilé foyer logement dans un EHPAD mais avec des petits appart où les gens
209 justement étaient très riches... mais alors du coup t'étais plus soignant, t'étais servant
210 quoi...(rires)...je me rappelle j'arrosais les plantes, je... et du coup euh...j'avoue qu'euh...eux
211 ils étaient enfermés dans leurs appart et ils disaient ouais ben moi je sors pas de là de la journée
212 parce que je ne veux pas voir les autres, parce que pour eux c'étaient euh... des malades... voilà
213 des machins... donc c'était un peu l'hospit... et par contre voilà j'ai été dans des EHPAD
214 où justement ben tu sentais qu'il y avait plus une classe moyenne et du coup ben y avait plus
215 rien qui était fait quoi... c'était des journées euh... à attendre euh...dans un fauteuil... euh...
216 que le temps passe quoi...alors je dis pas peut être tous les jours mais euh...tu voyais que
217 euh... ben quand euh... y avait des animations , ou alors l'ergothérapeute qui faisait des ateliers
218 ben... il y avait de la vie quoi... il y avait de la discussion... et pour moi ils avaient besoin de
219 ça, de refaire marcher la mémoire, de refaire marcher les mouvements, ne serait-ce que de se

220 poser devant la télé et de discuter avec eux... oh tiens euh...regardez, vous avez vu ce qu'il
221 se passe là-bas en regardant les infos... par ce que c'est des journées très longues. Nous on
222 s'ennuie quand on a 10 minutes, on est là, on est avec nos portables et on s'ennuie et imagine
223 eux leur journée complète quoi...comme ça là à attendre que... rien quoi, le néant ! donc du
224 coup c'est ça qui me fait de la peine pour eux quoi...et je me dis toute une vie pour en arrivait
225 là quoi !

226 **Céline : Comment les résidents participent à la vie de l'établissement ? est-ce que tu**
227 **pourrais dire qu'ils sont impliqués ?**

228 **SOIGNANT 3 :** y en a, ça dépend, ça dépend des personnes ... après ça dépend comment t'as
229 était éduqué...ben y en a instinctivement ils nous aidaient à débarrasser les tables, à nettoyer
230 même les tables... c'était beaucoup les gens qui étaient en psychiatrie ça... et qui sont passées
231 en EHPAD et qui ont appris toute leur vie à aider le soignant, donc du coup euh...
232 instinctivement le faisait , après il y a quelques personnes âgées qui disaient : « ah ben non moi
233 je paye je fais pas ça... », voilà... mais euh...mais il y a avait de la participation, je me rappelle
234 que parfois elle prenait la chiffonnette, elle faisait la télé...elles nous aidaient...ça dépendait des
235 gens en fait...

236 **Céline : comment sont entendues les demandes des résidents ?**

237 **SOIGNANT 3 :** alors euh ben par exemple au niveau du choix des habits, une grande
238 discussion ça les habits... je me rappelle le matin y avait soit mes collègues de nuit qui
239 préparaient les habits pour le lendemain, y en avait qui le faisait, alors normalement entre
240 guillemet ils auraient dû demander le choix pour que le matin nous on ait plus qu'à l'habiller ,
241 ou alors si la personne était valide on demandait quoi... on ouvrait, on demandait, après on
242 faisait en fonction de leur budget, parce qu'il y avait des patients qui avaient beaucoup d'habits
243 et ils voulaient toujours les mêmes et y en avait par contre ben pas trop de famille pas trop de
244 sous ben c'était 3 robes et c'est tout et on devait tourner avec quoi... donc le choix des habits
245 ça dépendait du soignant aussi je pense hein...et le temps qu'on nous donnait par ce que par
246 exemple ben si la toilette avait duré longtemps ben y avait des trucs qu'on sautait quoi...
247 malheureusement par contre ben si la toilette c'était assez rapide entre guillemets qu'on avait
248 le temps et qu'on savait que derrière on avait d'autres toilettes. Ouais, j'ai dû passer à côté de
249 certaines demandes je dis pas que j'ai été parfait... après ben pour les sorties malheureusement
250 ben c'était souvent les mêmes ... qui sortaient... soit valide ou semi valide mais bon y avait

251 rien qui était fait quoi...c'était un peu le même système que l'animation ou du coup ben les
252 résidents venaient me voir et demandaient de faire des sorties et finalement y avait pas tant de
253 sortie que ça... c'est le soignant qui crée ça en fait et aussi l'institution en donnant les moyens
254 de le faire quoi...

255 **Céline : je n'ai plus de question, je te remercie !!**

Annexe I.III : Entretien

1 **Céline : Alors, est-ce que tu peux te présenter en quelques mots s'il te plaît ?**

2 **SOIGNANTE 4 :** Alors moi j'ai trente-neuf ans bientôt quarante, je suis soignante depuis 2011,
3 dons euh... je suis rentrée à l'EHPAD en 2011 au SSIAD ensuite je suis passée de nuit et
4 maintenant je suis dans un EHPAD à la journée, une unité de l'EHPAD de quatorze résidents.
5 Auparavant j'étais manager chez McDo. Après je suis tombée enceinte et j'ai voulu faire la
6 formation pour travailler en EHPAD parce que j'avais fait mon BEP et mon BAC pro aux
7 services à la personne donc c'était euh... mon projet quoi...après ben sinon euh... dans tout
8 l'EHPAD il doit y avoir un truc comme 104 résidents...

9 **Céline : ensuite, autre question : Peux me dire comment s'organisait une journée en**
10 **EHPAD, précisément ?**

11 **SOIGNANTE 4 :** nous on marche en 7h30, donc si on est de matin on fait 6h30-14h00. Donc
12 il y a la relève 06h45 à 07h00, ensuite on attaque les médicaments, alors on a des patients qui
13 partent en dialyse faut les préparer parce que les ambulances viennent les chercher à 7h00, donc
14 on prépare les médocs, on lit les transmissions écrites ensuite il y a l'ASH qui prépare les petits
15 déjeunés, et à 7h30 on part les petits déjeunés à 2, donc moi je donne les comprimés, les petits
16 dej, on travaille en binôme, toujours en binôme, et c'est toujours le même binôme. Ensuite de
17 7h30 jusqu'à 8h30 parce que le temps de distribuer après on fait déjeuner les patients qui sont
18 dépendants. Ensuite, une fois qu'on a fini de faire manger tout le monde ben on...euh...on
19 range la vaisselle et le petit dej et euh... on attaque les toilettes. Donc euh... comme sur 14
20 résidents on... ben les 14 sont pas autonomes à 100% donc y en a que c'est lève malade et y en
21 a que c'est des aides au lavabo, ou des...des douches, donc ça jusqu'à euh... 10h45, après ben
22 y a le tri du linge, les poubelles à vider machin et tout. Et là on attaque sur le repas de midi...
23 donc il y a la préparation du chariot repas, c'est l'infirmière qui vient donner les cachés le midi
24 alors que le matin et le soir c'est l'aide-soignant. Histoire qu'elle vienne un peu dans le service
25 pour voir si y a besoin et ensuite ben rebelote on donne à manger à ceux qui euh... sont
26 dépendants et après ben on débarrasse, donc tout le coté rangement, on descend les chariots, on
27 met à la sieste ce qui veulent aller se reposer et après nous on a notre pose pour manger et puis
28 après ben y a les transmissions. Et quand c'est l'après-midi ben du coup on arrive c'est midi et
29 demi avec les transmissions jusqu'à 14h. après chaque jour on a des petites euh...le mardi on
30 fait la dotation des protections, le mercredi c'est la distribution des protections après des fois

31 c'est du ménage des chariots ou euh... chaque jour c'est un peu dispersé, et après là c'est pareil
32 y a des activités donc euh souvent y a l'animatrice ou alors c'est des activités avec euh... des
33 kinés tout ça donc c'est des petits rendez-vous, on les amène, on va les chercher et nous on fait
34 soit des activités comme euh... des jeux ou euh...comme le scrabble ou euh je sais pas les
35 ongles... tu vois, des petites activités comme ça...et après pareil ben à 17h on repart pour euh...
36 ah oui à 15h y a le goûter, donc avec la boisson chaude tout ça...et après vers 17h on remet tout
37 le monde au lit pour ceux qui sont en lève malade, ceux qui sont lourds, après par exemple dans
38 mon unité y a une patiente qui est un peu plus jeune qui veut se coucher après le repas donc là
39 on peut euh... on peut pas tous les coucher après le repas parce que on finit le repas à 19h15
40 donc ça fait assez lourd après...donc les vraiment dépendants sont souvent beaucoup mieux au
41 lit, de toute façon ils ont le lit avec le matelas à air parce que sur le fauteuil ça commence à faire
42 un peu long donc là on couche les personnes dépendantes, on fait des changes protections, des
43 soins tout ça... et à 16h45 on est reparti, on fait des médicaments, et les repas à 18h jusqu'à
44 19h et après ben on fait notre vaisselle, on couche ceux qui restent à coucher et on va dire euh...
45 à 20h00 euh...ben on fait nos chariots on fait les transmissions écrites, on coche nos validation
46 de soins, et à 20h45 y a la relève qui arrive on fait nos transmissions et à 21h on rentre à la
47 maison...

48 **Céline : Qu'est-ce qu'un bon soin pour toi ?**

49 **SOIGNANT 4 :** alors moi, avec mon caractère, avec ma façon de travailler un bon soin c'est
50 euh... relationnel et technique, mais un soin trop technique sans relationnel il sera pas bon
51 euh...pour le patient à mon idée hein...et après ben pareil un soin trop relationnel et pas de
52 technique... voilà c'est pas correct non plus, mais je pense qu'il y a un juste milieu à avoir entre
53 le deux. Donc moi je suis une personne qui est très euh...tactile...j'ai pas de problème avec ça,
54 j'aime beaucoup les personnes âgées donc euh...je parle... en plus on est toujours dans la même
55 unité nous, toujours avec les mêmes résidents, le même binôme, donc il se crée quand même un
56 lien un peu plus profond avec eux, ça fait longtemps qu'ils sont là...et moi je pense que le
57 relationnel joue beaucoup quoi...voilà, pour un bon soin.

58 **Céline : est-ce que tu peux m'expliquer un soin qui ne t'as pas satisfait ?**

59 **SOIGNANTE 4 :** les soins qui ne me satisfont pas, encore aujourd'hui c'est quand il y a des
60 douleurs...niveau douleur en EHPAS je dis pas que le travail est pas fait mais euh... mais je
61 pense qu'il reste beaucoup à faire...pour euh... tout ce qui est manipulation lors des soins tout

62 ça... bon maintenant on a des prémédications des fois quand les soins sont vraiment
63 compliqués, mais c'est vrai que euh... même si nous on est dans une petite unité, il y a quand
64 même un laps de temps à avoir, et des fois t'es obligé d'aller un peu vite sur des patients qui
65 peut être sans prémédication mais avec plus de temps et plus euh... on arriverait à euh... à
66 moins être douloureux... comme euh... je pense en soin palliatif où ils sont pas beaucoup, ils
67 sont beaucoup de personnels et moins de patients, là pareil des fois on en a qui sont en fin de
68 vie, pour moi c'est du palliatif aussi mais on a pas le temps qu'ils ont, ni les moyens de travailler
69 euh... donc voilà moi c'est ça par rapport à la douleur, au fin de vie, moi c'est compliqué en
70 EHPAD quoi...

71 **Céline : Est-ce que tu sens contrainte par certaines règles ?**

72 **SOIGNANTE 4** : on va dire euh... des fois les règles d'hygiène, par exemple quand on apprend
73 à l'école, tu sais vraiment le protocole pur et dur euh... c'est qu'après en EHPAD des fois
74 euh...tu peux pas trop le respecter vu le temps et tout ça... mais euh... après on fait au mieux...
75 et moi euh... je suis assez en accord avec ma façon de travailler, ma personne et le lieu où je
76 travaille, si je travaillais en chirurgie forcément c'est pas le même euh... voilà... mais en
77 EHPAD...bon euh...c'est un lieu de vie, ils sont pas malades ...non moi je... non pas rapport
78 aux règles je n'ai pas problème...après je sais pas si demain on vient m'évaluer peut être que...
79 (rires)... je ne dirais pas la même chose, non mais euh... je respecte les règles mais euh... en
80 gardant ce côté relationnel et pas euh... tu sais ce côté hôpital vraiment euh... strict... euh d'un
81 service de soin gé standard quoi... parce que bon euh... les résidents c'est qu'ils restent
82 euh...ils sont là euh... bon bien sur tu peux, t'as toujours pareil les gants jetables euh...le gant
83 du haut, le gant du bas, la serviette du haut, la serviette du bas... ça tu le sais...c'est normal
84 quoi...mais euh... après le chariot satellite, désinfecter les mains avant que tu touches un truc
85 machin... c'est vrai que c'est plus compliqué à gérer parce que bon sinon ta toilette elle te prend
86 un temps euh... d'abord tu le vois quand ils font les MSP qu'ils viennent euh... la toilette elle
87 dure 45 minutes...c'est des choses que tu ne peux pas faire euh...ce qui n'est pas du tout
88 réalisable, donc voilà... mais sinon après je... j'essaye d'être en accord avec ma façon de
89 travailler...

90 **Céline : Comment est-ce que tu définirais un résident de l'EHPAD ?**

91 **SOIGNANTE 4** : ben...d'après moi ben y a la dépendance hein... elle est plus ou moins
92 importante mais y a la dépendance...après euh besoin d'aide...après y en a qui sont autonomes,

93 après je dirais que peut-être y a le niveau psychique enfin euh... mental ceux qui euh comme
94 on dit ont leur tête ou ont pas leur tête, tu vois ça c'est différent euh... après y a ceux qui sont
95 grabataire et ceux qui le sont pas...c'est quand même assez euh... y a une grande fourchette
96 entre euh... entre les résidents...ne serait-ce que dans les services tu le vois quoi...ben après y
97 a les GIR qui font que euh...on sait à peu près leur niveau mais c'est vrai que euh...c'est...
98 c'est compliqué à gérer l'autonomie des uns, l'autonomie des autres... tu vois... par rapport
99 même au temps... au timing euh...des fois t'as euh...t'as pas trop de temps, t'as envie de faire
100 à leur place mais en même temps tu sais que si tu leur laisses le temps ils pourraient le faire
101 euh...c'est euh... mais voilà...et puis bon après c'est de la personnes âgée euh... donc euh..
102 moi j'adore les personnes âgées et leur caractère euh... bien trempé...souvent, moi j'adore donc
103 euh... voilà...

104 **Céline : On dit, EHPAD, donc Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées**
105 **Dépendantes avec mise en avant de la dépendance, qu'est-ce que ça signifie pour toi ?**

106 **SOIGNANTE 4 :** euh...dépendance euh... ben euh.... Mise en avant de la dépendance ben
107 c'est-à-dire que euh... bon la personne qui est autonome et qui euh...est indépendante elle va
108 rester à domicile... le plus possible, souvent nous ils rentrent... alors euh soit c'est les familles
109 qui les font rentrer parce que elles arrivent plus à gérer soit c'est ... y en a certains qui rentrent
110 d'eux même par ce que ils aiment pas la solitude et que euh... ils veulent être voilà...euh...la
111 faciliter d'avoir le repas, le linge euh...et c'est dur à gérer pour eux... et euh... ouais pour moi
112 la dépendance c'est ça c'est euh...y a plusieurs niveaux mais ça peut-être autant matériel que
113 euh psychologique que euh...et après Alzheimer et toutes le maladies euh...neuro
114 dégénératives qui rentrent en jeu euh...c'est compliqué, puis nous on a des gens qui ont de 63
115 à 99 ans quoi... donc euh vraiment... et tu vois y en a qui vont avoir 99 et qui ont toute leur
116 tête mais qui ont pas les moyens physiques et d'autres que c'est le contraire tu vois...donc
117 euh... faut réussir à s'adapter c'est euh...et je trouve que chez nous la plus grande qualité c'est
118 l'adaptation et savoir le faire parce qu'après le dire c'est quelque chose mais savoir vraiment
119 s'adapter c'est euh...c'est autre chose...

120 **Céline : Comment les résidents participent à la vie de l'établissement ? est-ce que tu**
121 **pourrais dire qu'ils sont impliqués ?**

122 **SOIGNANTE 4 :** alors euh... du moins dans mon établissement je sais que on est assez raccord
123 avec euh... tout ce qui est PAP tout ça euh... on fait régulièrement avec les docteurs, les kiné on

124 a les psy, on a les ergo... qui participent donc euh... c'est vrai qu'on est quand même une bonne
125 équipe et puis on s'envoie des mails on est quand même vachement euh...euh... ensemble...oui
126 moi je pense qu'euh... on a le PASA chez nous... donc c'est des activités pour mettre en avant
127 tout ce qui est mémoire tout ça voilà...on a aussi l'animatrice qui fait des trucs plus euh... du
128 quotidien et après y a nous, que si jamais on a envie, on peut aussi au quotidien euh...nous
129 euh... enfin... demander des fois de mettre la table, de plier des serviettes de nous aider des
130 fois, moi je vais amener des papiers je sais pas au magasin en bas je dis aux résidents de venir
131 avec moi tu vois... pour qu'ils se sentent impliqués mais après c'est vrai que dans leur projet
132 de vie la plus part euh... c'est vrai que s'ils veulent être tranquille des fois c'est limite si on les
133 embête à euh...à leur dire : « allé on va au PASA » eux ils aimeraient rester plus tranquille...et
134 des fois c'est plus pour les familles qu'ils le font que pour eux tu vois...ça souvent ils nous le
135 disent euh...ça les fatigue et tout mais... la famille euh... souvent c'est les familles qui ont
136 besoin de les voir bouger pour les sentir vivants tu vois...ouais... on a des patients ben je sais
137 pas moi ben par exemple de 99 ans que les familles, si ils sont pas levés du matin au soir, ils
138 ont l'impression que ça va les... pourtant bon après quand t'es euh... point de vu famille tu
139 vois les choses pareil mais la personne âgée est fatiguée tu vois des fois elle aimerait être
140 couchée plus tôt. Et si nous on les couche plus tôt par ce que la personne nous l'a demandé
141 après les familles elles vont nous le reprocher en disant : « vous les couchez tôt pour être dans
142 votre travail... » tu vois... et puis bon j'avoue qu'en ce moment avec toutes les vidéos, les
143 machins qui sortent sur les EHPAD...euh... on est un peu scruté, ça se ressent beaucoup dans
144 l'établissement ah oui oui oui !!... de la part des familles. Ben oui y a pas si longtemps ben
145 dimanche... les vidéos qu'on voyait carrément que les personnes, elles étaient manipulées
146 machin et tout... t'as regardé ?

147 **Céline** : non non j'ai pas vu ça...

148 **SOIGNANTE 4** : et ben... c'était je sais plus sur quoi et ils avaient mis un genre de cadre avec
149 des vidéos dessus et la personne de nuit elle était surchargée, elle était seule il manquait
150 quelqu'un, et quand elle manipulait le papi, tu vois elle était un peu agressive dans sa façon,
151 ouais brusque voilà... et c'est vrai que les maintenant les personnes elles sont à scruter le
152 moindre truc euh... mais bon après je les comprends aussi tu vois, en voyant ça c'est compliqué
153 euh...à gérer donc moi euh... je suis beaucoup dans la communication, donc je parle beaucoup
154 avec les familles quand il y a un problème ou n'importe quoi, si ils me font une réflexion... je
155 me sens pas euh... c'est pas moi « SOIGNANTE 4 » c'est euh...la blouse blanche, c'est la

156 soignante... donc euh...j'essaye d'explique et puis s'ils entendent ils entendent bon si..
157 normalement... quand il y a du dialogue plus ou moins ils entendent quand même, j'ai pas de
158 problème. Mais l'aspect famille euh... on le ressent beaucoup, oui beaucoup beaucoup... le
159 moindre truc on nous tombe dessus mais c'est plus euh...c'est plus des petits questionnements
160 euh... c'est vraiment de l'attaque quoi...la personne va avoir une plaie parce que tu sais elles
161 ont la peau hyper fine et voilà euh...quand tu manipule sur le fauteuil des fois ben il suffit qu'ils
162 tapent une fois et ils se font un scalp c'est vraiment euh.... Ils vont venir euh... : « qu'est ce
163 qu'elle a fait euh... ? » tu vois euh vraiment euh... agressifs... mais après je te dis en ayant vu
164 moi-même les vidéos euh... et des reportages, en ayant lus des livres et tout... tu te dis euh..
165 ouais je comprends euh...donc euh il faut sans cesse les rassurer mais c'est vrai que des fois
166 c'est compliqué, t'as le côté de toi où tu te dis bon ben... si tu veux viens euh... viens travailler
167 à ma place tu verras que c'est pas facile tu vois... il faut réussir à jouer sur tous ces euh... et
168 c'est pour ça que c'est vrai que c'est un métier qui est pas facile par ce que ils te puisent
169 beaucoup d'énergie et de mental parce que euh... il te faut gérer tout ça quoi...la douleur...
170 s'adapter à tout le monde... et puis ils sont très demandeurs... tu sais une personne âgée en
171 vieillissant elle est euh... elle est un peu égoïste tu vois ce que je veux dire...ils le disent eux-
172 mêmes hein... ils t'appellerai 50 fois...tu leur dis ben écoutez m'occupe de euh... mais ils s'en
173 foutent que tu t'occupes des autres... ils veulent euh...eux être euh...tout de suite quoi ! ... ben
174 cette demande constante ben moi de mon point de vu c'est qu'ils ont donné beaucoup toute leur
175 vie et ils attendent qu'on leur rende et il y a cet aspect de je suis en structure souvent on ...
176 (rires) je pense que c'est plus les familles parce que nous on les entend quand ils parlent dans
177 la chambre : « oui mais on paye, tu es là, il faut que tu sois bien » et du coup y a ce côté... pas
178 hôtel... mais y a ce côté aussi service : je paye, j'ai droit à être servi ! ce qui est compréhensible
179 aussi tu vois... et puis cet aspect que ils ont donné toute leur vie, ils ont besoin... et puis après
180 il y a ceux qui sont déments et qui ne se rendent pas compte quoi...mais faut réussir à jouer sur
181 ça aussi et pas se vexer quand on t'appelle euh...50 fois... y a la sonnette, tu y vas 50 fois, c'est
182 pour rien mais euh... tu sais que derrière il y a un mal être tu vois...y a une pathologie et puis
183 quand tu raccorde la personne à la pathologie, l'âge, le machin tu te dis oui cette personne elle
184 sonne parce que s'angoisse de se voir comme ça tu vois... parce que des fois ils sont jeunes, la
185 pathologie fait qu'ils sont totalement dépendants mais dans leur tête ils ont que 72-73 ans quoi
186 tu vois... donc c'est hyper dur pour eux... moi j'ai cette empathie en moi qui me joue des tours
187 des fois par ce que par rapport à la vie de tous les jours quoi tu vois...parce que même dans des

188 films, des machins des fois dans la vie de tous les jours je suis trop empathique mais à mon
189 travail ça m'aide à pas m'énerver ou à garder mon calme face à des gens qui sont très
190 demandeurs mais j'arrive à me mettre à leur place et me dire putain à 70 ans elle peut plus lever
191 le bras pour euh... boire un verre d'eau moi si j'étais à sa place se serait très compliqué quoi...
192 donc c'est beaucoup de dialogue voilà... je pense que dans le dialogue y a beaucoup euh... Voilà
193 après c'est toujours pareil c'est en structure quand y a du monde t'as pas le temps de dialoguer..
194 voilà... c'est...la problématique l'EHPAD : tu peux plus dialoguer ni avec les patients ni avec
195 les familles ! donc les familles c'est pareil : ils te voient en coup de vent entrer poser un gouter
196 et repartir y a plus ce côté tu vois euh... affectif où ils vont s'attacher à l'équipe soignante et
197 où ils vont dire bon ben ils s'occupent bien de ma mère... tu vois ils nous voient et c'est jamais
198 les mêmes on tourne euh... on passe en coup de vent euh...donc euh... ouais je pense qu'il y
199 aurait un gros travail à faire mais bon...je sais pas... ce qu'il sera fait quoi... voilà...

200 **Céline : Comment sont entendues leurs demandes ?**

201 **SOIGNANTE 4 :** ouais euh... par exemple moi dans mon service bien avant le Covid tout
202 ça...les résidents pouvaient sortir... c'est un lieu de vie donc ils pouvaient sortir...aller
203 promener si euh...si ils étaient dépendants ou quoique ce soit les soignants pouvaient les sortir
204 avec eux euh... les sortir l'après-midi et tout et tout...ça, ça c'est perdu un peu avant le Covid,
205 le Covid a pas arrangé les choses et là cette année ça commence à aller un peu mieux c'est-à-
206 dire que moi j'ai une résidente qui m'a demandé de euh...par ce qu'elle voulait faire un cadeau
207 à son compagnon, donc elle m'a demandé si je pouvais la sortir et j'ai euh... j'ai mis en œuvre
208 ça quoi...et quand j'ai était d'après-midi je l'ai amené euh... en plus euh... on a le euh... tu
209 sais l'hôpital est en centre-ville quand tu sors par derrière donc je suis sortie on est allé jusqu'au
210 magasin et elle a fait ces petites emplettes, elle a pris l'air, quand je l'ai sortie... qu'elle a eu
211 l'air sur son visage, elle a respiré une grande bouffée d'air, ça lui a fait du bien tu vois...et du
212 coup euh...et je pense qu'on va pouvoir de plus en plus mettre en place euh... des souhaits
213 comme ça, maintenant ce qui est plus difficile, c'est dans l'autre sens, c'est comme je t'ai dit
214 tout à l'heure c'est quand eux ils ne souhaitent rien faire, quand ils souhaitent ne plus se lever...
215 tu vois ce que je veux dire, ça c'est pour les équipe, pour nos chefs, pour les familles c'est pas
216 audible quoi...c'est difficile pour eux d'euh... des patients sont bien au lit... ils nous
217 l'expriment et euh... c'est vrai que c'est compliqué par ce que euh... qui dit rester au lit pour
218 eux c'est ...le symbole de euh... voilà de la dégradation mais voilà quoi après y en a qui veulent
219 plus...y en a qui ne veulent plus, ils nous le disent façon la plupart ce qu'ils veulent c'est mourir,

220 de toute façon la plupart le matin ils nous le disent : « oh mince j'ai encore ouvert les yeux
221 j'aurais préféré ne pas les ouvrir... ! » tu vois des trucs comme ça... mais dans le sens où je te
222 dis ils demandent des trucs à sortir, des projets on va se mettre en quatre pour le faire par contre
223 quand ils demandent de les laisser tranquille c'est plus difficile...hum...je pense que c'est
224 euh... c'est, c'est la problématique un peu de l'EHPAD tu vois...bon alors parfois on fait
225 participer la famille parce que tu vois avec le Covid tout ça ben ça c'est perdu...mais moi...
226 enfin ma vision... j'ai l'impression que quand les personnes âgées rentrent en EHPAD euh...
227 la famille ils osent plus les sortir, pour une journée ou quoi...tu vois ce que je veux dire... déjà
228 par rapport au fait que la personne des fois ça a été difficile de la rentrer, donc ils se disent si je
229 la sors pour une journée avec nous quand je vais la ramener ça va être difficile...tu vois... de
230 quitter les siens...donc euh...et après pareil euh... sortir euh...venir rendre visite alors des fois
231 ils restent l'après-midi dans la structure et nous on leur dit mais vous savez, vous pouvez sortir
232 euh... et ça, ça commence un petit peu à revenir euh... de pouvoir sortir à l'extérieur euh...après
233 des projets nous euh on fait pas des projets de fou...des fois on organise des journées au lac de
234 Monteux... quand il y a des animations ce qu'il y a de bien c'est que euh...nous ça bouge pas
235 mal donc il y a le truc des viking, le truc des écossés... l'année dernière on a fait une sortie au
236 truc écossé, un festival écossé, on en a sorti plusieurs avec nous euh... en bénévole hein par ce
237 que nous on travaillait pas on est venu, on a accompagné et euh... franchement ils se sont éclatés
238 quoi !! c'était trop bien donc voilà...quand on peut organiser des trucs y en a qui sont vachement
239 partant. Après nous on a quand même la musicothérapie, on a des chanteurs peut être une ou
240 deux fois par semaine, on a le loto tous les lundis, je veux dire il y a quand même des animations
241 mises en place quoi...donc voilà... après il y en a qui nous demande d'aller marcher dans
242 l'hôpital, y en a qui... après ils ont plus euh... enfin, y en a guère qui demande euh... à ce qu'on
243 ne les aide pas ou tu vois qu'euh... ils vont être plus en demande euh... « oh ben c'est bon fais-
244 moi le ou euh... » tu vois... petit à petit ils en ont marre en fait... je, je pense que en fait ils
245 baissent les bras et...que c'est trop d'efforts pour eux, pour certains c'est trop d'efforts, après
246 nous on en a beaucoup qui demandent euh...à aller à la sieste, à être levé tout ça... si on peut
247 le mettre en place on le met en place quoi tu vois... pour euh...après ceux qui veulent faire de
248 pas, par exemple nous c'est vrai que c'est difficile parce que bon moi... je suis encore jeune et
249 puis je suis sportive donc euh... j'ai tendance à valoriser le fait qu'ils essaient de faire des
250 transferts, des machins... mais on a aussi des agents qui ont... euh... 60-61 ans, que quand elle
251 se lève, elle se tient la jambe ou l'épaule et puis elle doit aller manipuler une personne âgée,

252 c'est vrai que c'est compliqué mais au plus moi j'essaye de maintenir, à leur demande, si ils
253 sont pas dans la douleur, si ils ont pas dans la crainte ou quoi d'essayer de manipuler tu sais de
254 ... de faire les transferts tout seul tout ça, sans les appareillages et puis après ben finalement au
255 fur et à mesure ben souvent après on en a besoin mais au maximum on essaie de les faire euh...
256 boire par exemple, on a une personne qui a du mal à manger mais toujours je lui dis
257 euh...commencez-vous à manger seule puis je vous aide à la fin tu vois... pour qu'elle garde
258 quand même euh... puis peut être qu'après elle pourra mangé que l'entrée et peut être qu'après
259 elle pourra plus s'alimenter seule mais tu vois tant qu'elle y arrive euh...et sans la mettre en ...
260 je la regarde... tu sais un peu de loin parce que je donne à manger à d'autres personnes je la
261 regarde et quand je vois qu'elle est vraiment en difficulté avant qu'elle me le demande je vais
262 la voir et je lui demande si euh...si elle a besoin d'aide quoi... (silence)

263 **Céline** : ok et ben merci beaucoup, j'ai pas d'autres questions, merci d'avoir pris de ton temps...

Annexe II. Grilles d'analyse des questions

Annexe II.I : Question n°1

Question : Comment s'organise votre journée, dans le détail, précisément ?		Cadre de références
Soignant 1 entretien 1	Donc le matin tu arrives, les transmissions [...] on regarde le planning des douches, tu as des douches programmées, Page IV lignes 72 à 79 ; avant de commencer nos soins on mettait les plaquettes de traitements avec les traitements qui correspondaient Page IV ligne 86 ; une fois que la personne est lavée, la réfection de lit Page V ligne 91 ; le travail doit se terminer avant 11h30 Page V ligne 94 ; on a des plateaux à préparer, préparer les tables, c'est nous qui distribuons les repas en suivant le régime de chacun[...] Page V lignes 99 à 100 ; pour trente-quatre résidents on est 4 aides –soignantes le matin [...] qui demandent de l'aide totale Page V lignes 104 à 107 ; Une fois qu'on a donné à manger au fur et à mesure on ramène les gens dans leur chambre Page V lignes 107 et 108 . À 13h30 on fait les transmissions [...] on commence à préparer le chariot pour le gouter [...] donc on commence les gouters vers 15h30 [...] on fait le tour des gouter. Une fois qu'on a fait le tour des gouters il est presque 17h on commence les changes Page V lignes 115 à 122 . Chacun a son nombre de patient...on revient en cuisine [...] on doit préparer tous les repas [...] le repas est distribué à 18h [...] on a chacun des côtés [...] une fois qu'on a donné à manger il y a le ramassage [...] on fait une petite pause quand même ! on retourne faire le dernier change du soir [...] qui se termine vers 20h30 et on fait nos transmissions Page VI lignes 130 à 140 .	Institution/Organisation
Soignant 2 entretien 1	Je commence à huit heure [...] bureau infirmier [...] ordinateur, [...] relève [...] les transmissions [...] bip, mon téléphone [...] petits déjeuners [...] la matinée est dédiée aux toilettes [...] à la chaîne en fait ! tu sors d'une chambre tu rentres dans la suivante [...] un quart d'heure vingt minutes par personne, [...] faut aller vite en fait ! [...] Pour onze heure et demi midi faut que les résidents soient prêts pour le repas. Page III lignes 30 à 43 ; après le repas c'est l'heure des changes et des siestes Page III lignes 47 et 48 ; après de 13h30 à 15h00 c'est l'heure de la pause et quand on remonte à 15h on commence le gouter. L'après-midi y a une animatrice qui s'occupe des animations, de les occuper. On distribue le gouter, après vers 17h-17h30 on commence un gros tour de change pour mettre certains résidents en protection de nuit, déjà. Page III lignes 52 à 56 . L'après-midi on se retrouve à 2 par étage, on fait le tour des changes vers 17h-17h30, vers 18h y a le repas qui arrive Page IV lignes 59 à 61 . Le repas fini, on attaque le tour des couchers ? à 20h l'AS de nuit arrive et prend la relève. Après on descend au bureau infirmier pour faire nos transmissions de ce qu'il s'est passé, des changes ; de tout cocher, des selles, des urines Page IV lignes 64 à 68 .	
Soignant 3 entretien 2	On embauchait à 6h30 Page XXI ligne 8 ; on regardait le planning [...] pour éviter les redondances et les maltraitements, chaque matin on avait un différent groupe de patients Page XXI lignes 11 et 12 ; je lisais le cahier des transmissions pour prendre connaissance de la relève en attendant que les autres arrivent par ce que la relève était à 7h Page XXI lignes 17 à 19 . Elles nous expliquaient ce qui arrivait, ce qui allait y avoir dans la journée [...] si des résidents allaient sortir, ce qui fallait préparer pour la sortie, s'ils avaient	

	des examens... Page XXI lignes 23 à 26. On était 2 aides-soignants pour à peu près entre 15 à 16 patients mais après c'était mélangé, c'était genre 3 toilettes au lit et pour le reste c'était des aides à la toilette Page XXI lignes 29 à 31. Il y avait des impératifs pour qui on était obligé de les faire en premiers. Page XXII lignes 37. On préparait le chariot Page XXII ligne 42. On se répartissait les soins avec ma collègue [...] j'avoue que des fois on faisait par affinité [...] si ça se passait bien autant faire avec, le tout après c'est de l'organisation, c'est le fait de gagner du temps aussi [...] on était pressé au niveau du temps [...] on devait finir les toilettes à peu près vers 10h30 Page XXII lignes 47 à 52. Une fois qu'on avait fini la toilette, on les amenait au restaurant Page XXII ligne 54, si c'était pas trop tard on devait s'occuper d'eux [...] ceux qui étaient fait depuis 7h on les rechangeait, on les mettait au propre entre guillemets pour le repas Page XXII lignes 59 à 62. Pour le repas il y avait 2 salles [...] une pour ceux qu'on aidait donc 5-6 pour aider et l'autre [...] de l'aide partielle. Après à 13h15 y a l'équipe d'après-midi qui arrivait et on se faisait la relève Page XXII lignes 66 et 67. Si j'étais d'après-midi [...] on arrivait...on préparait les chambres [...] les protections [...] on rangeait le linge [...] on avait le chariot [...] ça prenait jusqu'à 15h-15h30 après rebelote on les amenait aux toilettes avant ça il y avait ceux qui allaient à la sieste Page XXIII lignes 72 à 78. A 15h on relevait les personnes [...] et après à 17h y en avaient qui demandaient à être couchés tôt Page XXIII ligne 83 ; il y avait le repas du soir à 18h30 Page XXIII ligne 84 ; ben là arrivait la cours [...] on était moins et fallait aider tout le monde [...] l'après-midi on était un peu moins Page XXIII lignes 87 à 90 ; on commençait les couchers à peu près vers 19h [...] l'équipe de nuit prenait le relais à 21h Page XXIII ligne 94 à 96	
Soignant 4 entretien 3	Nous on marche en 7h30 [...] de matin on fait 6h30-14h [...] la relève de 6h45 à 7h00, on attaque les médicaments [...] pour la dialyse les ambulances viennent les chercher à 7h00 [...] on prépare les médocs, on lit les transmissions écrites [...] à 7h30 on part pour les petits dej à 2 [...] on travaille en binôme [...] de 7h30 à 8h30 on fait déjeuner les patients dépendants. Une fois qu'on a fini [...] on range la vaisselle, et le petit dej... on attaque les toilettes [...] jusqu'à 10h45 [...] après y a le tri du linge, les poubelles à vider [...] et on attaque sur le repas de midi [...] préparation du chariot repas [...] on donne à manger à ceux qui sont dépendants [...] on débarrasse, donc tout le côté rangement, on descend les chariots, on met à la sieste [...] après nous on a notre pose pour manger et puis y a les transmissions. Page XXX lignes 11 à 28. L'après-midi on arrive c'est 12h30 avec les transmissions jusqu'à 14h [...] le mardi on fait dotation des protections, le mercredi c'est la distribution des protections ou le ménage du chariot [...] y a des activités avec l'animatrice [...], des kinés, des petits rendez-vous, on les amène, on va les chercher [...] à 15h y a le goûter avec la boisson chaude... après vers 17h on remet tout le monde au lit Page XXXI lignes 28 à 37. On couche les personnes dépendantes [...] change de protections, des soins, à 16h45 on est reparti, on fait des médicaments et les repas à 18h jusqu'à 19h après on fait notre vaisselle, on couche ceux qui restent à coucher, à 20h00 on fait nos chariots, on fait les transmissions écrites, on coche nos validations de soins et à 20h45 y a la relève et à 21h on rentre à la maison Page XXXI lignes 42 à 47.	

Annexe II.II : Question n°2

Question : Qu'est-ce qu'un bon soin pour vous ?		Cadre de références
Soignant 1 entretien 1	de l'écouter... si elle a pas envie de faire la toilette peut être lui proposer de revenir plus tard Page VII lignes 152 et 153 ; comme tu connais les résidents tu sais que telle personne en dix minutes c'est fait et une autre personne faut prendre plus de temps [...] si elle pas envie de se lever de suite ben tu reviens plus tard c'est ça aussi un bon soin Page VII lignes 154 à 157 ; de pas la forcer aussi, parce que ça nous est déjà arrivé [...] pour le médecin fallait absolument qu'elles ait sa douche donc donnait de l'hypnovel... pour pouvoir faire la douche Page VII lignes 162 à 165 ; c'est prendre en considération ce que la personne veut en fait !! Page VII lignes 168 ; puis si tu fais pas à la chaine, en fait t'es mal vu aussi toi, en tant que soignant par les autres soignants Page VII lignes 179 et 180 ; ou alors, ce qu'il y aussi, un bon soin c'est d'avoir le matos [...] quand t'as pas la protection adéquate, que t'as pas une serviette pour l'essuyer et que tu l'essuie avec un bout de drap ou un oreiller... Page VIII lignes 202 à 204	Institution/Organisation
Soignant 2 entretien 1	C'est prendre le temps déjà d'être avec la personne, ne pas être pressé par des règles institutionnelles en fait ! euh... les horaires. Un bon soin, ouais moi je dirai que c'est prendre son temps avec la personne, faire une toilette correcte, une douche, de la coucouner en fait [...] lui mettre des crèmes [...] la solliciter dans sa prise en charge Page VI lignes 147 à 151 ; La solliciter dans ses vêtements aussi... lui demander ce qu'elle veut porter Page VII ligne 158 ; ce serait plus lui demandait son avis Page VII lignes 160 et 161 ; puis prendre le temps que t'as pas forcément non plus... Page VII ligne 187 ; le bon soin c'est ça aussi c'est d'avoir du matériel en quantité puis du matériel impeccable quoi ! Page VIII lignes 205 et 206 ; on fait toujours des économies sur tout au final c'est au détriment des personnes. Donc ça, ça à voir aussi dans la qualité des soins Page VIII lignes 208 à 210	
Soignant 3 entretien 2	Un bon soin pour moi c'est prendre en compte la personne dans sa globalité donc que ce soit au niveau psychique, au niveau physique Page XXIV lignes 100 et 101 ; moi être satisfait de ce que j'ai fait, que la personne aussi soit satisfaite de son soin, de lui demander [...] essayer de prendre ses désirs en compte si on peut avec bien sur les difficultés institutionnelles Page XXIV lignes 103 et 104 ; un bon soin c'est prendre aussi le temps Page XXIV ligne 112 ; se mettre un peu à la place, avoir de l'empathie [...] en essayant aussi de jongler avec l'institution, les règles qu'on nous met quoi...de temps Page XXIV lignes 114 à 118	
Soignant 4 entretien 3	Avec mon caractère, ma façon de travailler un bon soin c'est relationnel et technique amis un soin trop technique sans relationnel il sera pas bon Page XXXI lignes 49 et 50 ; je pense qu'il y a un juste milieu à avoir entre les deux Page XXXI lignes 52 et 53 ; je suis une personne tactile [...] je parle, on est toujours dans la même unité, avec les même résidents, le même binôme il se crée quand même un lien plus fort avec eux [...] moi je pense que le relationnel joue beaucoup Page XXXI lignes 53 à 57	

Annexe II.III : Question n°3

Question : Décrivez un soin qui ne vous a pas satisfait.		Cadre de références
Soignant 1 entretien 1	Forcer quelqu'un à une douche... c'est pas un bon soin, tu sais la personne âgée aujourd'hui [...] ils sont pas habitués à prendre des douches [...] elle comprenait pas quoi, on la forçait, pour elle, elle allait mourir Page IX lignes 212 à 218 ; ça me perturbait de forcer quelqu'un à faire des douches Page IX lignes 220 et 221 ; et puis même si tu discutes avec la personne ça peut être mal perçue par les autres soignants [...] alors que c'est un soin aussi de discuter avec la personne Page IX lignes 237 à 239 de discuter [...] ça leur permet d'avoir des visites et d'avoir quelqu'un rien que pour eux et ça si tu le fait trop régulièrement ben c'est mal perçu, puis y a cette fiche de poste qui est mal faite... on te dit à telle heure, telle heure, telle heure tout ce que tu dois faire et comme elle disait [...] ben tout se décale et du coup ton soin il est... enfin ta journée elle est complètement fichue Page X lignes 243 à 251 ; le soin peut être décalé et tout décaler ton organisation [...] tu as besoin de l'infirmière, du coup tu fais quoi, t'as commencé la toilette elle te dit qu'elle va arriver et en fait t'es en plan [...] ben oui, tu fais à sa place... pour finir à l'heure [...] c'est une entreprise Page XII lignes 308 à 313 ; ou tu fini par bousculer la personne, tu la mets sur les toilettes et tu lui dis vous avez fini, vous avez fini ? Page XII lignes 319 à 321 ; ou tu fais 2 chambres à la fois Page XII ligne 323 ; tu fais 2 personnes en même temps pour gagner du temps, là t'as intérêt à être organisée !! Page XIII lignes 328 et 332	Organisation/Institution
Soignant 2 entretien 1	C'est quand il manque du personnel [...] t'es obligé de faire vite[...] voilà tu fais tête/main/cul [...] c'est négligé et puis au final t'es pas contente de ce que tu as fait Page IX lignes 224 à 227 ; t'es obligé de respecter l'heure pour le repas sinon tout se décale au fur et à mesure de la journée Page IX lignes 231 et 232 ; parfois t'aurais envie de prendre le temps, de t'asseoir avec elle, de discuter mais en fait t'as pas le temps Page IX lignes 235 et 236 ; pas considéré comme un soin Page IX ligne 240 ; t'es obligé de te dépêcher [...] tu fais pas forcément du bon travail [...] t'es obligé de bâcler les choses Page XII lignes 317 et 318 ; tu en deviens mal traitant au final Page XII ligne 320	
Soignant 3 entretien 2	t'as l'impression d'être mal traitant par le manque de temps Page XXV lignes 133 à 134 ; une personne avec des troubles cognitifs ben t'es obligé de prendre des décisions pour elle Page XXV lignes 136 et 137 ; pour moi j'avoue que c'était des difficultés [...] je trouvais que le soin il était pas efficace Page XXV lignes 144 et 146 ; les contraintes de temps et c'est des usines. D'un côté c'est magnifique [...] mais y a une personne dedans par ce qu'il n'y a pas de soignant Page XXVI lignes 161 et 162.	
Soignant 4 entretien 3	Des fois t'es obligé d'aller un peu vite sur des patients qui peut être sans prémédication mais avec plus de temps, on arriverait à être moins douloureux Page XXXII lignes 64 à 66 mais on n'a pas le temps qu'ils ont, ni les moyens de travailler Page XXXII ligne 68 ; des fois, les règles d'hygiènes [...] tu peux pas le respecter vu le temps et tout ça...[...] je suis assez en accord avec ma façon de travailler, ma personne et le lieux où je travaille, si je travaillais en chirurgie forcément c'est pas le même euh... voilà... mais en EHPAD bon euh... c'est un lieu de vie, ils sont pas malades Page XXXII lignes 72 à 77 ; après le chariot, désinfecter les mains [...] c'est compliqué à gérer par ce que sinon ta toilette elle te prend un temps euh... [...] c'est des choses que tu peux pas faire Page XXXII lignes 84 à 87	

Annexe II.IV : Question n°4

Question : Comment est-ce que vous définiriez un résident de l'EHPAD		Cadre de références
Soignant 1 entretien 1	Tu peux avoir des personnes qui te parlent pas Page XIII ligne 338 ; de la dépendance Page XIII ligne 346 ; on appelle ça des déambulants [...] ils m'ont entouré ça m'a oppressé Page XIII lignes 351 à 353 ; grabataire Page XIV ligne 357 ; dans la demande Page XIV ligne 360 ; t'as celui qui veut pas qu'on l'embête Page XIV lignes 363 et 364 ; t'apprends énormément Page XIV ligne 371 ; Il sont dépendants quoi...en fait, ils dépendent de toi quelque part, tu leur régis leur journée en fait, t'arrive, il est 7 h du matin ou 8h du matin tu leur fait la toilette, tu leur apporte leur déjeuner, en fait ils ont même plus d'horloge... c'est toi qui fixe leur journée, leurs horaires, tu viens les chercher Page XV lignes 391 à 395 ; y a des résidents tu leur fait même pas choisir les vêtements, ben par ce que t'as pas le temps... donc en fait ouais tu les rends dépendants, même ceux qui ont encore une certaine autonomie tu les rend dépendants de... oui c'est ça en fait ! Page XV lignes 399 à 402	Réification
Soignant 2 entretien 1	Toujours en demande, c'est des gens qui ont besoin d'être écoutés, ils ont besoin d'attention Page XIII lignes 336 et 337 ; peut-être un peu d'angoisse, ils nous sollicitent beaucoup Page XIII lignes 341 et 342 ; de la dépendance Page XIII ligne 345 ; un résident grabataire Page XIII ligne 349 ; y a ceux qui sont attachants, y en a tu y vas volontiers Page XIV ligne 366 ; des papinoux qui sont tout mignons là, tout gentils Page XIV ligne 368 ; ils voient que tu t'intéresses à eux, du coup ça leur donne un sentiment d'exister Page XIV lignes 377 et 378 ; les personnes âgées quand elles rentrent en institution en sont de plus en plus dépendantes Page XV lignes 385 et 386 ;	
Soignant 3 entretien 2	Un résident ça peut être tout et rien Page XXVI ligne 174 ; ça peut être des parkinsons de 60 ans, une perte d'autonomie à 80 ans Page XXVI lignes 177 et 178 ; y a des personnes tout âge, de tout horizon Page XXVI ligne 184 ; perte d'autonomie Page XXVII ligne 189 ; ça devient de la dépendance[...] il n'y a plus de personnes autonomes c'est vraiment plus que des personnes grabataires Page XXVII lignes 199 et 200 ; des journée à attendre dans un fauteuil que le temps passe Page XXVII lignes 215 et 216 ; pour moi ils avaient besoin de refaire marcher la mémoire, de refaire marcher les mouvements Page XXVII lignes 218 et 219 ; comme ça là à attendre que...rien quoi, le néant ! donc du coup c'est ça qui me fait de la peine pour eux quoi... et je me dis toute une vie pour en arrivait là ! Page XXVIII lignes 223 à 225.	
Soignant 4 entretien 3	y a de la dépendance, plus ou moins importante mais y a de la dépendance, besoin d'aide Page XXXII lignes 91 et 92 ; ceux qui comme on dit ont toute leur tête ou ont pas leur tête, y a ceux qui sont grabataire et ceux qui le sont pas [...] après y a les GIR qui font que on sait à peu près leur niveau mais c'est compliqué à gérer l'autonomie des uns, l'autonomie des autres... tu vois... par rapport même au temps... au timing... des fois t'as pas trop le temps, t'as envie de faire à leur place mais en même temps tu sais que si tu leur laissais le temps ils pourraient le faire Page XXXIII lignes 93 à 100.	

Annexe II.V : Question n°5

Question : Comment les résidents participent à la vie de l'établissement ?		Cadre de références
Soignant 1 entretien 1	Ils ne prendront pas quelqu'un en fauteuil [...] ils vont plutôt prendre la personne qui marche Page lignes 413 et 414 ; ça dépend du personnel Page XVI ligne 426 ; puis tu gagnes du temps [...] t'as moins de surveillance Page XIV lignes 432 et 433 ; c'est choisi par rapports aux résidents, ben de leur autonomie Page XVI lignes 439 à 442 ; comme celui qui veut se laver vers 11h du matin et apporter le déjeuner à 10h ça ne sera jamais appliqué par ce que c'est à 8h le petit déjeuner Page XVII lignes 451 et 452 ils ont décidé avec le médecin de la sevrer, est ce qu'elle avait le choix ?, ceux qui sont valides ils ont le droit à leur cigarette et pas elle... Page XVIII lignes 486 et 487 ; t'as plus ton dentier ben tu manges mixé Page XIX ligne 503 ; ben tu sais pas faire ben tu restes alité Page XIX ligne 507	Autonomie
Soignant 2 entretien 1	Ça dépend beaucoup du personnel Page XV ligne 405 et 406 ; ben c'est toujours les même en fait, ceux qui sont autonomes et qui arrivent bien Page XV lignes 411 et 412 ; je dirai tout dépend de la volonté des soignants Page XVI ligne 424 ; il y a des personnels qui vont laisser faire et d'autre qui laisseront pas faire, peut être que ça va plus vite aussi de la faire nous en tant que soignant Page XVI lignes 427 à 431 ; ils font style de mettre des choses en place pour dire qu'ils sont à l'écoute en fait, mais ils sont pas à l'écoute Page XVIII ligne 488 et 489 ; c'est suivant aussi si la personne a toute sa tête ou pas et par rapport aux familles, par ce si les familles elles appuient bien derrière la demande sera respectée Page XVI ligne 497 à 499 ; l'influence de la famille Page XIX ligne 509	
Soignant 3 entretien 2	Alors normalement entre guillemet ils auraient dû demander le choix Page XXVII lignes 239 et 240 ; donc le choix des vêtements ça dépendait du soignant aussi je pense et le temps qu'on nous donnait par ce que par exemple ben si la toilette avait duré longtemps ben y a des trucs qu'on sautait quoi... Page XXVII ligne 244 à 246 ; c'est le soignant qui crée ça en fait et aussi l'institution en donnant les moyens de le faire quoi... Page XXIX lignes 253 et 254	
Soignant 4 entretien 3	Après y a nous, que si jamais on a envie, on peut aussi au quotidien demander des fois de mettre la table, de plier des serviette Page XXXIV lignes 128 et 129 ; souvent c'est les familles qui ont besoin de les voir bouger pour les sentir vivants Page XXXIV lignes 135 et 136 ; viens travailler à ma place tu verras que c'est pas facile, c'est un métier qui est pas facile parce qu'ils te puisent beaucoup d'énergie et de mental par ce que [...] tu sais en vieillissant une personne âgé de devient un peu égoïste Page XXXV lignes 166 à 171 ; il y a cet aspect de je suis en structure [...] y a ce côté service : je paye, j'ai droit à être servi ! Page XXXV lignes 175 et 178 ; quand on t'appelle 50 fois [...] tu sais que derrière il y a un mal être tu vois... y a une pathologie et pus quand tu raccorde à la personne à la pathologie, l'âge, le machin ; la pathologie fait qu'ils sont totalement dépendants Page XXXV lignes 182 à 185 ; c'est en structure quand y a du monde t'as pas le temps de dialoguer voilà c'est la problématique de l'EHPAD : tu peux plus dialoguer ni avec les patients ni avec les familles ! Page XXVI lignes 193 à 195 ; quand je l'ai sorti et qu'elle a eu l'air sur son visage, elle a respiré une grande bouffée d'air Page XXXVI lignes 210 et 211 ; quand ils souhaitent ne plus se lever... ça c'est pour les équipes, pour nos chefs, pour les familles c'est pas audible quoi Page XXXVI lignes 214 à 216 ; J'ai l'impression que quand les personnes âgées rentrent en EHPAD la famille	

ils osent plus les sortir pour une journée par rapport au fait que la personne des fois ça a été difficile de la rentrer donc ils se disent si je la sors pour une journée avec nous quand je vais la ramener ça va être difficile de quitter les siens **Page XXXVII lignes 226 à 230**; si on peut le mettre en place on le met en place [...] c'est vrai que c'est difficile [...] on a aussi des agents qui ont 60-61 ans que quand elles se lèvent elles se tiennent la jambe ou l'épaule et puis elles doivent aller manipuler une personne âgée c'est vrai que c'est compliqué **Pages XXXVII et XXXVIII lignes 246 à 252** ; quand je vois qu'elle est vraiment en difficulté avant qu'elle me le demande je vais la voir **Page XXXVIII Lignes 261 et 262**

Annexe III : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : *TESIO CHANAKOU Celine*

Promotion : *20 / 23*

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) *d'EHPAD, une menace pour l'autonomie ?*

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le *30 mai 23* Signature :

L'EHPAD, une menace pour l'autonomie ?

Résumé :

Ce travail de fin d'étude porte sur la prise en soin de la personne âgée et de l'impact de l'institution sur celle-ci. Au cours de mes stages en EHPAD, j'ai pu observer que l'organisation des soins imposée aux soignants pouvait influencer sur l'autonomie de la personne âgée. Mon but est de comprendre les répercussions de l'institution sur l'autonomie du résident. Ma question de départ est donc : en quoi l'organisation des soins imposée par l'institution impacte l'autonomie du résident ? Les diverses lectures effectuées ont permis de définir ce qu'est une institution et de distinguer la dépendance de la perte d'autonomie trop souvent confondues. J'ai interrogé quatre soignants, venant tous d'EHPAD, à l'aide d'entretiens semi-directifs afin d'avoir une approche qualitative. Dans le discours des soignants il est mis en avant la procédure pour normaliser leur activité. Le sujet est réifié pour répondre aux exigences de l'institution. Au vu de l'analyse des entretiens il semblerait que les pratiques soignantes ne favorisent pas l'autonomie du résident. Dans ce contexte, la suite de cette recherche pourrait être de se demander comment préserver l'autonomie de la personne âgée en institution.

184 mots

Mots clés : Personnes âgées, EHPAD, Institution, Autonomie, Dépendance

Nursing home for seniors, is it the autonomy's threat?

Abstract:

This end of course assignment addresses the issue of care-giving of elderly and the impact of the geriatrics institution on seniors. During my work placement in nursing home for seniors, I have been able to observe that the care management plan imposed on caregivers could affect elderly people's autonomy. The goal is to understand the impact of the institution on the autonomy of elderly people. My initial question is: to what extent does the care management plan imposed by the institution affect elderly people's autonomy? The research I did enabled me to define what an institution is and to distinguish between dependence and loss of autonomy since both are often mistaken for one another. I have questioned four caregivers, who works in nursing home for seniors, using semi-structured interviews to get a qualitative approach. The caregiver talk insist on procedure to standardize activities. Subject is reified to meet institutional requirements. At the end of my research, it seems autonomy loss related to our healing practices. To conclude, one might ask how to preserve elderly people's autonomy in institutions.

167 Words

Keywords: Elderly people, nursing home for seniors, Institution, Autonomy, Dependence