



HAL
open science

Accueillir les besoins et désirs singuliers de l'autre. La posture à contre-courant des auxiliaires de vie sociale et aides-soignantes à domicile

Pascal Fugier

► **To cite this version:**

Pascal Fugier. Accueillir les besoins et désirs singuliers de l'autre. La posture à contre-courant des auxiliaires de vie sociale et aides-soignantes à domicile. Le sujet dans la Cité - Revue internationale de recherche biographique, 2016. halshs-01683467

HAL Id: halshs-01683467

<https://shs.hal.science/halshs-01683467>

Submitted on 13 Jan 2018

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

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

Fugier, P. (2016). Accueillir les besoins et désirs singuliers de l'autre. La posture à contre-courant des auxiliaires de vie sociale et aides-soignantes à domicile. *Le sujet dans la cité*, 7(2), p. 151-162.

Introduction¹

Les restructurations que connaît le champ de l'intervention sociale française ces dernières décennies sont rythmées par les politiques sociales menées par le ministère des Affaires sociales et de la santé. Parmi les lois les plus notables, celle de modernisation sociale en 2002 place l'utilisateur au centre des dispositifs d'action sociale et médico-sociale. Elle promeut ses droits, son autonomie, sa protection et l'exercice de sa citoyenneté. Les actions menées par les auxiliaires de vie sociale (avs) et les aides-soignantes à domicile (asd) répondent aux prescriptions de cette réforme, en accompagnant les patients et usagers dans l'exercice de leurs activités quotidiennes afin de maintenir ou restaurer leur autonomie et leur inclusion sociale. Au sein des secteurs sanitaire et social, avs et asd assurent des missions « en première ligne ». Elles interviennent au domicile des personnes en situation de fragilité, de dépendance ou connaissant des difficultés passagères (vieillesse, maladie, handicap, précarité sociale...).

Ceci dit, paradoxalement, la centration sur l'utilisateur que prescrivent ces réformes s'inscrit dans une logique d'action marchande, clientéliste et gestionnaire. La mise en place du *new public management* soumet l'activité des intervenants sociaux et des soignants à une idéologie gestionnaire et utilitariste. Le contrôle social de leurs activités est renforcé à travers la création d'agences de pilotage (l'anesm² en 2007, les ars³ en 2010) et la mise en place de dispositifs d'évaluation quantitative qui les enjoignent à prouver leur rentabilité et leur fiabilité, tout en situant leurs actions sur le court terme.

C'est dans le cadre d'une recherche-action qui porte sur l'évolution des conditions contemporaines d'exercice des métiers du soin et du travail social en région Nord-Pas de Calais que nous avons menés au printemps 2014, avec trois cadres du secteur social (Bernadette Bercal, Nicole Bross et Valérie Herbaut), des entretiens collectifs réunissant deux aides-soignantes à domicile (Aline⁴ et Aurélie), une assistante technique (Cécile, ancienne aide-soignante), deux auxiliaires de vie sociale (Fabienne et Nicole) et un agent de contrôle qualité (Marie, ancienne avs). Quatre entretiens collectifs ont été réalisés, dont une séance de restitution. Adoptant une approche sociologique clinique pendant leur conduite (Fugier, 2010), ces entretiens constituent pour ces professionnelles⁵ des espaces collectifs d'expression

¹ Pascal Fugier est maître de conférences en sciences de l'éducation à l'Université de Cergy-Pontoise, membre du laboratoire ema (École Mutations Apprentissages). Courriel : pascal-fugier@orange.fr

² Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

³ Agences Régionales de Santé.

⁴ Chacune des participantes est désignée sous un pseudonyme.

⁵ Les métiers d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie sociale sont largement surreprésentés par des femmes. Selon le recensement opéré par l'insee en 2010, en province, la proportion de femmes est de 91 % parmi les as et de

narrative mais aussi de problématisation de leurs expériences vécues. Problématisation que favorisent la dynamique de groupes et l'appui de supports d'expression (des lignes de vie ont été élaborées par les participantes le cas échéant). Dans ce qui prend ainsi la forme d'un « groupe d'implication et de recherche » (Gaulejac, 2014) se mêle à l'objectivation de la subjectivité de chaque participant l'étayage de leur subjectivation, à travers la co-construction et la mise en circulation d'hypothèses à caractère compréhensif et explicatif.

La réunion dans un même groupe d'implication et de recherche d'actuelles et anciennes auxiliaires de vie sociale (avs) et aides-soignantes à domicile (asd) fait écho avec le décloisonnement dans lequel les secteurs social et sanitaire sont engagés. Avec celui d'amp (aide médico-psychologique), ces métiers sont appelés à davantage se rapprocher, comme le prescrit le plan pour les métiers de l'autonomie lancé par le gouvernement socialiste de Jean-Marc Ayraut le 27 mars 2014. L'arrêté du 29 janvier 2016 a créé un diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (deaes), en remplacement du deavs (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) et du deamp (diplôme d'État d'aide médico-psychologique). Il s'agit de créer un pôle d'activités des « métiers de l'accompagnement », en favorisant la polyvalence et la collaboration de ces professionnels. Or, ce plan envisage un rapprochement de ce nouveau deaes avec l'actuel diplôme d'aide-soignant, à travers la mise en place d'un tronc commun dans un niveau de formation consacré à l'accompagnement des personnes dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Ce qui n'est pas sans susciter des réactions défensives de chaque corps professionnel qui se sont manifestées au sein du groupe, en particulier concernant le partage de compétences soignantes. Les aides-soignantes jugent illégitimes les actes soignants entrepris par certaines avs et pointent du doigt leurs défaillances dans des actes pour lesquels elles ne sont pas formées (des avs auraient de « mauvaises » façons de travailler, ne respectant pas l'intimité de la personne et ne maîtrisant pas les règles d'hygiène de base). Les avs du groupe leur rétorquent qu'elles ont bénéficié d'une formation au nursing et qu'elles ne se retrouvent pas du tout dans les façons de travailler décriées. Cette confrontation de points de vue témoigne des crispations corporatistes que provoque le décloisonnement des secteurs.

Après avoir mis en évidence certains éléments significatifs dans leur parcours de vie et leur entrée dans le métier d'avs ou d'asd, nous interrogeons la mise en récit et la mise en forme de leurs expériences (Niewiadomski & Delory-Momberger, 2013) au regard des transformations sociétales et organisationnelles qui se sont opérées dans ces métiers. Ce qui nous permet d'interroger la place de l'accueil dans les métiers de l'accompagnement dont la logique gestionnaire est de plus en plus prépondérante (Chauvière, 2007).

97 % parmi les avs (données statistiques indiquées par Béatrice Pardini dans le rapport d'étude « Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale », publié en novembre 2013, rapport commandité par le Conseil général d'Île-de-France à *Défi métiers*). Par ailleurs, le groupe de recherche que nous avons co-animé se compose exclusivement de femmes. C'est pourquoi nous accordons au féminin les professionnelles nommées dans cet article.

À la rencontre de professionnelles qui s'oublient face au souci de l'autre

Les participantes du groupe d'implication et de recherche ont connu une entrée relativement précoce sur le marché du travail (entre 16 et 18 ans), pour des motifs voulus et/ou subis (désir d'indépendance, de gagner sa vie, d'échapper à un environnement familial délétère, injonction familiale de « travailler tout de suite »). Elles ont entamé leur trajectoire professionnelle par des « petits boulots », période de précarité salariale interrompue par une ou plusieurs grossesses.

On constate de nombreuses bifurcations biographiques dans leurs parcours, révélant des projets professionnels inassouvis ou avortés (comme devenir éducatrice spécialisée ou infirmière). Ces bifurcations sont parfois vécues avec violence, à l'instar du « pétage de câble » d'Aline en fin de formation en école d'infirmières, généré par la pression du stage et le stress des études. S'ajoute la difficile conciliation entre travail salarié, exercice de la parentalité et travail domestique, qui nécessite l'art du compromis, et occasionne aussi des ruptures et des sacrifices (arrêt momentané ou réduction de son activité professionnelle, de sa formation initiale ou continue ; séparations conjugales...)⁶. Toutefois, les participantes semblent désormais s'être relativement émancipées des contraintes liées à l'exercice de la parentalité, notamment du fait de l'âge plus avancé de leurs enfants. Elles s'autorisent davantage à « penser à elles », que ce soit sur le plan personnel ou professionnel. Peu à peu prise au jeu et dans les enjeux de la profession, chacune apparaît « surimpliquée » (Lourau, 1990) et reconstruit *a posteriori* un rapport vocationnel à son métier. Leur participation à ce groupe leur permet d'ailleurs de reconnaître et d'analyser leur implication professionnelle.

Un ensemble de normes et de valeurs définit la qualité du travail que revendiquent les avd et les avs de ce groupe de recherche. Elles se rejoignent dans : le respect de la personne et de ses habitudes, même si elles ne correspondent pas aux normes établies, comme le fait de « se laver par le bas » (dans ce genre de situation, elles vont chercher à changer « petit à petit » le comportement du bénéficiaire) ; l'écoute, voire l'amour pour les bénéficiaires (qui sont souvent des personnes âgées) ; leur capacité à être en empathie avec eux et à les valoriser ; leurs connaissances et leurs capacités d'adaptation par rapport à leur singularité (cela consiste par exemple à savoir cerner leur caractère : certaines veulent que l'intervention se passe tranquillement, sans bruit ; d'autres expriment le besoin de rire, pleurer...) ; enfin, leur autonomie, notamment sur un plan pratique (pour trouver le logement du bénéficiaire, trouver la bassine dans le logement dans lequel elles interviennent...).

Ces normes et valeurs partagées par les avd et avd s'affirment dans le cadre familial de l'intervention à domicile. À l'inverse, le travail au sein d'un établissement sanitaire ou médico-social joue un rôle de repoussoir au sein du groupe. Il est perçu comme allant à l'encontre de leur système de valeurs (un personnel épuisé qui petit à petit « n'en a plus rien à faire », une

⁶ La plupart des avd et avd sont en ¾ temps. On peut noter l'intérêt pour la structure qui les emploie de privilégier des contrats à temps partiel, afin de bénéficier d'une main d'œuvre flexible et faciliter la gestion des arrêts de travail et des absences.

organisation du travail taylorienne incompatible avec le respect qu'on doit avoir pour la personne âgée).

La relation d'accompagnement entre l'avs, l'asd et le bénéficiaire se construit à partir de nombreux échanges interindividuels, des affinités, des liens de solidarité réciproques, des dons et contre-dons ainsi que de la mise en place de rites et de rituels spécifiques (Fugier, 2014). Or, si les demandes d'intervention au domicile sont motivées par le besoin d'être aidé dans l'accomplissement de certaines tâches et activités quotidiennes, les personnes accompagnées peuvent aussi y trouver l'occasion de proposer au professionnel des fragments de leur soi intime afin qu'ils soient reconnus. Un tel désir d'extimité (Tisseron, 2011) s'exprime d'autant plus si le professionnel livre lui aussi certains fragments de son soi intime au bénéficiaire.

Parfois, l'identité professionnelle des avs et asd prend la forme excessive d'un altruisme sacrificiel. Ce que décrit bien Marie, une ancienne AVS devenue agent de contrôle qualité dans un Centre Intercommunal d'Action Sociale en faveur des personnes handicapées, qui se trouve donc désormais dans une position d'encadrante des avs :

En fait, elles voient tout ce qui est bien pour la personne, mais elles-mêmes, elles s'oublient. Vous pouvez faire toutes les réunions que vous voulez, vous espérez qu'elles vont dire quelque chose qu'elles ressentent, mais elles, elles s'oublient. Ce dont elles ont besoin elles, c'est complètement zappé.

Pourtant, la vie quotidienne d'une avs et d'une asd est loin de constituer un long fleuve tranquille. Elles citent parmi les éléments les plus douloureux de leur travail l'expérience de la mort d'un bénéficiaire et l'accompagnement en fin de vie. Ce sont de véritables épreuves existentielles. Or, le plus difficile à gérer est de devoir enchaîner les interventions, même quand elles viennent de faire l'expérience de la fin de vie d'un bénéficiaire. Principe de réalité gestionnaire oblige. Elles ont certes la possibilité d'en parler *a posteriori*, avec leur responsable ou des collègues, mais il faut d'abord qu'elles terminent leur tournée. Donc, en attendant, il faut « prendre sur soi ».

Des liens de solidarités et d'entraide apparaissent entre collègues (quand il y a « un souci », si on a « une question », si on est « inquiète », « on s'envoie un message ») et leur hiérarchie peut se montrer à leur écoute (des avs et asd parlent de leurs difficultés avec leur responsable et cette dernière peut téléphoner voire se déplacer au domicile du bénéficiaire si la situation est problématique). De plus, des espaces de discussion sont mis à leur disposition, dans le cadre des réunions de service et des formations (sur la maladie d'Alzheimer ou la bientraitance par exemple). Fabienne (avs) dit qu'elles « réclament » ce genre de réunion quand elles sont trop espacées : « ça fait du bien », « on échange », « on évacue » le stress, ça constitue une « bouffée d'oxygène ». Ceci dit, d'autres participantes, comme Nicole (avs), déclarent connaître et échanger peu avec leurs collègues, en dehors de celles qu'elles croisent dans le cadre des remplacements. Elles jugent les réunions trop espacées (une fois tous les trois mois) et leur reprochent surtout de se détourner de leur fonction initiale : tout le monde y vient pour « vider son sac », se plaindre, l'ambiance n'est pas bonne et tourne plutôt au règlement de comptes.

Aurélie (asd) confie pour sa part son sentiment de solitude, malgré le fait qu'elle peut discuter avec sa responsable de secteur. Elle a peu d'interactions avec le personnel de secrétariat et se sent parfois « perdue », ne sachant pas à qui s'adresser quand elle rencontre certains problèmes.

Dans la mise en récit de leurs expériences professionnelles et de leur parcours de vie transparaît, parmi les avs et les asd de ce groupe de recherche, l'enracinement d'un commun désir d'accueillir autrui et d'être à l'écoute de ses besoins, de ses souffrances et de ses failles. Dans leurs manières d'être, de penser et de faire, on peut repérer la figure anthropologique antiutilitariste de l'*homo donator*, qui se manifeste dans l'accueil et le souci qu'elles ont pour l'autre, leur désir de faire circuler leurs savoirs et savoir faire, le don de temps et plus largement de soi (au risque de l'oubli de soi) qu'elles effectuent sans la moindre garantie de contre-don. Cette figure idéale se situe à contre-courant du flux idéologique dominant qui promeut plutôt la figure de l'*homo economicus*, pour qui la relation d'accompagnement doit prendre la forme d'un contrat « donnant-donnant » et qui s'attache à l'efficacité plutôt qu'au sens de sa pratique professionnelle, puisque « le temps c'est de l'argent ». Toutefois, face à l'emprise grandissante d'une logique gestionnaire dans les métiers du soin et du social, on peut questionner le devenir, les probables inflexions ou la reconversion de cet *habitus* d'aidant parmi les avs et les asd.

Des professionnelles à l'épreuve des transformations sociétales, institutionnelles et organisationnelles de leur métier

Le passage de l'aide-ménagère à l'avs constitue selon les participantes la principale évolution qu'a connue la profession durant ces dernières décennies. Ce changement s'opère avec la création du cafad (Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile) en 1988 et surtout celle du deavs (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) en 2002⁷. Il en résulte une plus grande formalisation du métier (un temps imparti est donné à la réalisation des différentes tâches, le travail est organisé sous la forme de tournées), qui certes accroît la visibilité du travail effectué par les avs mais peut aussi brider voire annihiler leurs forces institutives, c'est-à-dire leurs initiatives, leur imagination créatrice au principe de pratiques professionnelles novatrices. En renforçant son caractère protocolaire, le métier d'avs se rapproche de celui d'aide-soignante.

La création du titre et du diplôme d'avs vise à adapter les professionnels aux nouveaux profils des bénéficiaires et à favoriser la reconnaissance formelle du métier. Les avs du groupe de recherche soulignent combien leur métier demeure malgré tout peu reconnu. Elles sont encore réduites au rôle de femme de ménage (« bonne à tout faire ») par certains bénéficiaires. Par ailleurs, si le métier d'avs s'est enrichi (« on apprend plus de choses », dit Fabienne), cela se traduit aussi par un surcroît d'activités (« on nous en demande plus »), comme le fait d'aider un

⁷ Les entretiens s'étant déroulés au printemps 2014, nous n'avons pas abordé la fusion du deavs et du deamp, opérationnelle depuis janvier 2016. Nous ne pouvons donc par conséquent évaluer l'impact de cette dernière réforme sur l'exercice et les conditions de travail des avs.

bénéficiaire à remplir sa feuille d'impôts. Nicole dit à ce propos que l'avs « remplace le facteur », « remplace tout le monde ».

On peut entrevoir ici le rôle joué par le démantèlement de l'État providence, qui se manifeste notamment par la fermeture de beaucoup de services publics de proximité. S'ajoute à cela l'affaiblissement des solidarités familiales, relevé par les participantes. De plus en plus de potentiels aidants familiaux se déchargent sur les soignants et intervenants sociaux comme les avs et les asd. Certains ne paraissent pas compréhensifs et proches à l'égard de leur proche, à la différence de l'intervenante. Ainsi, Marie montre bien comment l'avs peut se substituer au lien social intergénérationnel insuffisant ou manquant :

Moi il m'arrive de voir des auxiliaires de vie qui sont plus proches dans la prise en charge de la personne, elles sont plus proches que leur famille directe. [...] En fait quand on dit auxiliaire de vie, elle est tout à la fois quoi, elle est là pour les soins, elle est là pour reconforter la personne, elle est là pour gérer sa solitude ; et il y a sa sécurité, il y a plein de choses comme ça qu'on peut énumérer. Tout ça sur une demi-heure, mais elle est formidable cette auxiliaire de vie moi je trouve !

Cette baisse des solidarités intergénérationnelles est à mettre en lien notamment avec le changement du statut des femmes (forte croissance du taux d'activité féminin), un changement de mentalités (montée de l'individualisme) mais aussi avec une dégradation des conditions de vie (l'augmentation de la précarité et l'emprise du monde du travail sur les autres sphères de la vie quotidienne rendent plus difficiles l'implication comme aidant). La place importante que prend l'avs dans le quotidien des bénéficiaires apparaît donc ce qui vient compenser la remise en cause des solidarités publiques et familiales.

À l'inverse des avs, le champ d'action des aides-soignantes à domicile apparaît plus limité qu'auparavant (« avant on faisait plus de choses »). Pour autant, elles jouent aussi un rôle social compensatoire. Celles qui ont participé à ce groupe de recherche insistent sur le fait que le métier est devenu moins difficile sur le plan physique (grâce aux évolutions techniques comme les lits médicalisés), leur usure et fatigue se situent surtout sur le plan moral et peuvent être liées à la charge émotionnelle inhérente au métier mais aussi à leur manque de reconnaissance.

Une ligne de démarcation apparaît entre les aides-soignantes à domicile et celles qui travaillent en structure, que ce soit pour signifier les aspects positifs ou négatifs du métier d'asd (partagés avec les avs). Les asd estiment ainsi qu'elles effectuent moins un « travail à la chaîne » qu'à l'hôpital et ont plus de flexibilité dans la gestion des tâches (elles peuvent décaler leur repas de 15 minutes par exemple). Elles ont plus de temps ou s'autorisent du moins davantage à en prendre. Sur le plan environnemental, elles apprécient le fait de pouvoir « prendre l'air » : « on n'est pas enfermé pendant 8 heures ». Par ailleurs, elles pensent davantage respecter les protocoles et normes d'hygiène (par exemple changer l'eau) et prendre davantage soin des patients (comme effectuer des massages, prévenir les esquinces...). Concernant les aspects négatifs du métier, en comparaison avec les soignantes en structure, elles insistent sur leur solitude, leur plus forte responsabilité individuelle, leur sentiment de perte de savoirs et de

savoir faire (en raison de la moindre diversité des publics et des actes professionnels : « on perd beaucoup de choses » dit Aline), leur manque de moyens techniques, humains, et la vétusté de l'environnement de travail au domicile de certains bénéficiaires, mais aussi la plus forte pression de l'impératif de satisfaction du bénéficiaire, le monde hospitalier pouvant selon elles davantage se protéger derrière l'application stricte d'un protocole et un mode d'intervention plus impersonnel, mais aussi potentiellement plus maltraitant.

Parmi les réformes du travail social et soignant qui ont impacté les asd et avs, le passage de la prestation spécifique dépendance (psd) à l'allocation personnalisée à l'autonomie (apa) en 2002 a été souligné. Les débuts de l'apa sont associés « au bon temps », avec « des petites prises en charge », où « il faut aider un petit peu la personne », dans un contexte où les « financements », les « plans d'aide tombent », même si des effets pervers apparaissent (renforcement d'une « culture de l'assistanat »). Comme le résume Marie, au début des années 2000, les avs sont encore à l'abri d'un travail social gestionnaire et leur acte-pouvoir (Mendel, 1998) semble se maintenir voire croître :

On est auxiliaire de vie mais on y trouve son compte, on a des heures, on n'est pas limité dans le temps, ce n'est pas chronométré, on n'a pas derrière un plan d'aide à respecter, si la collègue elle vous remplace, « je ne peux pas faire une soirée ; tu viens, tu fais la soirée... », on prend du ménage pour faire un petit peu de toilettes, on goupille ce plan d'aide, génial quoi. On est en plein dans la mise en place de l'APA, où on a dit aux gens « on va financer la totalité de votre dépendance », et c'est là qu'on aurait dû dire « une partie de votre dépendance », qui fait toute la différence.

L'introduction au courant des années 2000 des normes de qualité, supposées permettre une meilleure prise en charge des bénéficiaires, change la donne pour les avs et les asd. L'instauration de protocoles drastiques renforce l'encadrement de leur travail et occasionne plus de suivis et d'évaluations de leurs interventions. Cela se traduit aussi par une charge de travail supplémentaire du fait qu'elles doivent noter davantage ce qu'elles font dans le dossier de soins et qu'elles adressent des questionnaires de satisfaction. Les métiers du social et du soin sont touchés par ces maladies gestionnaires (Gaulejac, 2011) que sont la prescriptophrénie (il faut tout noter) et la quantophrénie (il faut tout mesurer).

Concernant leurs rythmes de travail et leur présence auprès du bénéficiaire, la tendance qui transparaît est celle d'une baisse du temps d'intervention et corrélativement une hausse de la productivité ainsi que des cadences et des dépassements horaires qui sont payés en heures complémentaires mais sont aussi parfois non payés. La multiplication de quarts d'heures d'intervention non payés au bout de plusieurs semaines et mois représente un temps de travail significatif, sans compter le fait que les temps de déplacement (parfois 1 h 30/jour) ne sont pas considérés comme un temps de travail à rémunérer. Le manque, l'instabilité et la fragilité du personnel (arrêts maladie, accidents du travail) participent aussi à l'augmentation des cadences, quand la coordinatrice du service est contrainte d'ajouter un bénéficiaire dans la tournée d'une avs ou d'une asd afin de pallier les absences, défections et imprévus que connaissent d'autres collègues (par exemple quand l'état d'un bénéficiaire nécessite la venue des pompiers).

La hausse de leur rendement se traduit concrètement par le fait de réaliser en 12 heures ce qu'elle pouvait faire avant en 20 heures, ou encore de réaliser sa tournée entre 7 h 30 et 11 h 30 plutôt qu'entre 7 h 30 et 12 h 30. Or, ce changement structurel n'est pas compris par tous les bénéficiaires, habitués à bénéficier d'une présence plus conséquente d'une intervenante et d'une plus grande étendue de son champ d'action. Alors que la croissance du nombre, des dépendances, des pathologies et des exigences des bénéficiaires exige une prise en charge plus lourde, les professionnelles ont de moins en moins de temps pour intervenir et risquent donc d'autant plus de ne pas répondre aux besoins et exigences de certains bénéficiaires.

Le manque de temps est souvent évoqué par les avs du groupe de recherche, quand par exemple elles doivent réaliser une toilette en 30 minutes (tâche prescrite dans le plan d'aide) durant lesquelles il s'avère qu'elles doivent aussi faire le lit et préparer le petit-déjeuner (demande du bénéficiaire), tout en prenant en compte sa lenteur et en veillant à ne pas le brusquer (travail invisible de l'avs). Pour autant, ce manque de temps ne les conduit pas à « zapper » certaines actions. Comme nous l'avons déjà souligné, elles s'autorisent à prendre leur temps, ce qui les conduit fréquemment à dépasser le temps d'intervention prescrit (mettre 3/4 d'heure plutôt que 30 minutes), quitte à le faire bénévolement et à arriver plus tôt chez le bénéficiaire (anticiper les retards probables) ou à l'inverse en retard chez le prochain (et par conséquent chez soi en fin de journée). Leurs justifications sont éthiques et font de nouveau transparaître leur culture professionnelle : hors de question de se précipiter, parce que « c'est un être humain, ce n'est pas un objet » ; et « s'il faut se dépêcher il fallait aller travailler à la chaîne ». Elles résistent donc pour « ne pas se mettre dans l'urgence », malgré la cadence impérative des tournées. Aurélie (asd) insiste sur le fait qu'elle ne vit pas son temps de travail comme un temps chronométré, qu'elle s'autorise à prendre son temps avec les personnes qu'elle accompagne, ce qui provoque ses retards. Mais elle s'en explique auprès des personnes, leur signalant qu'elle applique avec les autres bénéficiaires la bienveillance qu'elle a à leur égard. La difficulté qu'elles rencontrent avec les personnes âgées est que beaucoup se croient seules et uniques, alors que les asd et avs enchaînent les visites. Certains appellent dès un quart d'heure de retard de l'intervenante, d'autres ne prennent pas en compte tous les aléas (comme la météo ou encore le fait qu'il a fallu appeler les pompiers avec la patiente précédente).

Les avs et asd ne peuvent (et ne veulent) pas accueillir *toutes* les demandes des bénéficiaires. La relation qu'elles tentent d'établir et de sauvegarder avec eux consiste à les considérer à la fois comme des êtres singuliers (nécessitant un accompagnement spécifique qui ne peut être totalement prescrit, formalisé, rationalisé) et comme des êtres communs (au sens où chaque bénéficiaire est un individu *comme un autre*, qui a le droit d'être aidé dans l'accomplissement des tâches d'une vie quotidienne ordinaire). Il est donc important de saisir combien le sens de l'accueil que proposent et défendent les avs et asd se situe aux antipodes de l'idéologie consumériste du client roi, dont il faut satisfaire sur le champ toutes les demandes et tous les fantasmes, en le considérant comme un individu *hors du commun*. Si ces professionnelles répondent au besoin de reconnaissance des bénéficiaires, il s'agit d'une reconnaissance *symbolique*, en leur (re) donnant une place dans la société, et non pas d'une reconnaissance *imaginaire*, exacerbant le narcissisme du sujet (Fugier, 2015).

Leur critique du client roi prend une autre signification quand elle est reliée à la marchandisation des services à la personne. Les avs et asd sont inquiètes concernant la possibilité de maintenir une qualité du travail d'accompagnement et de soin. Différenciant la recherche prédominante de profits et l'exigence d'une gestion équilibrée, les participantes font état de l'emprise grandissante du financier et ses impératifs de profits, de bénéfices, de « chiffres », de réduction des coûts, de « rendement » : « tout est question de coût ». On peut mettre en lien le primat de cette logique financière avec le processus de privatisation et de libéralisation du secteur des services à la personne, de plus en plus assujetti à la jungle concurrentielle de l'économie néolibérale et à la loi de l'offre et la demande. L'avènement du client roi, pour qui tout lui est dû (« je vous paye pour ça »), tenté par le « zapping » et le chantage de la concurrence, participe au malaise organisationnel des avs et des asd, puisqu'il met en tension les équipes sur le terrain (dégradation de la relation d'accompagnement) mais aussi les cadres et responsables (contraints de mettre sous pression leurs salariés pour ne pas perdre leur « part de marché »).

Conclusion

Compte tenu des restrictions budgétaires que connaissent les dépenses d'action sociale et sanitaire, on peut se demander jusqu'à quand ces professionnelles de l'accompagnement vont tenir et rester fidèles à leur éthique ? D'autant que perdure leur manque de reconnaissance symbolique et salariale (elles sont payées « au ras des pâquerettes, parce que derrière il faut tirer les coûts », comme le soutient Marie). De plus, leur corps et leur santé mentale sont durement mis à l'épreuve. Leurs limites physiologiques transparaissent à travers la multiplication des arrêts maladie liés à des accidents du travail et aux maux professionnels (troubles musculosquelettiques). S'ajoute leur fatigue morale qui peut se transmuier en dépression et mener à la perte de leur désir de travail (Guinchard & Arnaud, 2011) en empruntant les traits du cynisme, du fatalisme et du nihilisme. Marie évoque « le cap des 10 ans » des AVS au-delà duquel beaucoup « n'en peuvent plus », expriment un « ras-le-bol » général à l'égard du métier. Véronique évoque leur souffrance liée au fait d'accompagner des personnes en souffrance (les hurlements de douleur d'un bénéficiaire en fin de vie par exemple) et leur difficulté à enchaîner les visites malgré tout puis de rentrer chez soi « avec ça ». Ces éléments nous incitent à poursuivre nos investigations sur les risques psychosociaux auxquels sont confrontées ces deux professions trop souvent déconsidérées et méconnues parmi les métiers du soin et du social.

Références bibliographiques

- Chauvière, M. (2007). *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*. Paris : La Découverte.

- Fugier, P. (2010). Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques [en ligne]. *Revue ¿Interrogations ¿*, 11. <<http://www.revue-interrogations.org/Les-approches-comprehensives-et>>
- Fugier, P. (2014). L'intervention socio-éducative au domicile. Un espace de rencontre des désirs d'intimité et d'extimité des sujets. *Vie sociale et traitements*, 121, 101-108.
- Fugier, P. (2015). Lacan dans le sac à dos du sociologue. In G. Arnaud & P. Fugier (dir.). *Sociologie & Psychanalyse : de l'échange de vues à la transformation du regard* (p. 49-73). Paris : L'Harmattan.
- Gaulejac, V. de (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris : Seuil.
- Gaulejac, V. de (2014). Pour une sociologie clinique du travail [en ligne]. *La nouvelle revue du travail*, 4. <<http://nrt.revues.org.bibdocs.u-cergy.fr/1576>>
- Guinchart, R. & Arnaud, G. (2011). *Psychanalyse du lien au travail. Le désir de travail*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Lourau, R. (1990). Implication et surimplication. *La revue du mauss*, 10, 110-120.
- Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure. Du sujet métaphysique au sujet de l'acte pouvoir*. Paris : La Découverte.
- Niewiadomski, C. & Delory-Momberger, C. (dir.) (2013). *La mise en récit de soi. Place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.
- Tisseron, S. (2011). Intimité et extimité. *Communications*, 88, 83-91.

Résumé

Français

À partir d'entretiens collectifs menés auprès d'auxiliaires de vie sociale et d'aides-soignantes à domicile, nous soutenons que leurs logiques d'action clinique et soignante résistent à la logique gestionnaire prescrite dans ces métiers. Leur souci de l'autre transparaît dans leur capacité à accueillir la parole singulière du bénéficiaire, être à l'écoute de son éprouvé, à travers un sens de l'accueil qui se situe aux antipodes de l'idéologie consumériste du client roi.

Mots-clés

- décloisonnement
- logique gestionnaire et marchande
- don
- souci de l'autre
- implication professionnelle

English

Welcoming the other's singular needs and desires. The counter-attitude of personal care assistants and home nurse's aids. Based on group interviews conducted with home care assistants and nurse's aids at home, we support that their clinical and care logical determinants resist to prescribed manager logic. Their caring for someone else is reflected in their capacity for meeting user's unique needs and be receptive to their realities, through sens of hospitality opposed to consumerist ideology and the face of much-valued customer.

Keywords

- opening up
- market logic and manager
- gift
- caring for someone else
- professional involvement