



HAL
open science

Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer

Lucie Lechevalier Hurard

► **To cite this version:**

Lucie Lechevalier Hurard. Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer. *Retraite et société*, 2014, 69, pp.100-120. hal-01134109

HAL Id: hal-01134109

<https://hal.science/hal-01134109>

Submitted on 4 Jan 2016

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.

NOUVEAUX DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE, NOUVEAUX MÉTIERS ?

Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer

Lucie Lechevalier Hurard

La Doc. française | *Retraite et société*

2014/3 - n° 69
pages 99 à 120

ISSN 1167-4687

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2014-3-page-99.htm>

Pour citer cet article :

Lechevalier Hurard Lucie, « Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? » Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer, *Retraite et société*, 2014/3 n° 69, p. 99-120.

Distribution électronique Cairn.info pour La Doc. française.

© La Doc. française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ?

Les dynamiques de professionnalisation
pour les soignants de première ligne
en milieu spécialisé Alzheimer

Lucie Lechevalier Hurard, doctorante en sociologie
Université Paris 13/ Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Iris)

r é s u m é s abstracts

Lechevalier Hurard L., 2014, « Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer », *Retraite et société*, n° 69, p. 100-120.

La densification de l'action publique autour de la maladie d'Alzheimer, opérée depuis le début des années 2000, a contribué à l'apparition, puis à la consolidation, d'un secteur de prise en charge spécialisé. Le plus souvent intégré au sein d'institutions de prise en charge pour les personnes âgées (Ehpad, SSIAD, hôpitaux gériatriques), ce secteur Alzheimer est constitué de dispositifs dédiés, qui ont une certaine autonomie de fonctionnement. S'appuyant sur une enquête qualitative menée dans l'unité d'hébergement renforcé (UHR) d'un Ehpad, l'article propose d'explorer, à partir du cas des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques travaillant dans un lieu d'hébergement, l'articulation de dynamiques de professionnalisation de différentes natures qui traversent le milieu spécialisé Alzheimer.

Après avoir décliné le contexte dans lequel s'ancre le développement de pratiques professionnelles autour de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, on verra comment cet exercice en milieu spécialisé peut être investi par les soignantes de première ligne de l'UHR comme lieu d'une évolution professionnelle ascendante, marquée à la fois par une progression de leur qualification, par la conquête nouvelle d'une expertise propre et d'une autonomie d'exercice. Dans un second temps, on mettra en évidence les points sur lesquels les différentes dynamiques de professionnalisation s'articulent avec difficulté, dans la mesure où elles se révèlent en partie contradictoires les unes avec les autres.

New care facilities, new occupations? Career development for frontline staff working in the Alzheimer's care sector

The increase in public action on Alzheimer's disease since the early 2000s has contributed to the emergence and consolidation of a specialised care sector. The Alzheimer's care sector consists of dedicated facilities, which operate relatively autonomously, usually within elder care services (nursing homes, at-home nursing care, geriatric hospitals). Based on a qualitative survey of carers at the dementia unit of a nursing home, this article explores the different dynamics of career advancement in the Alzheimer's care sector.

After describing the context in which occupational practices are developing in care for Alzheimer's patients, this paper shows how frontline staff working in a dementia unit see it as a place where they can build careers, by improving their qualifications, by acquiring specific skills and through autonomy. The paper then highlights areas where these different dynamics come into conflict.

La densification de l'action publique autour de la maladie d'Alzheimer, opérée depuis le début des années 2000 (Ngatcha-Ribert, 2012), a contribué à l'apparition puis à la consolidation d'un secteur de prise en charge spécialisé. Le 3^e plan Alzheimer, qui portait sur la période 2008-2012, par la création de labels reconnus nationalement, a encouragé le développement, au sein des établissements d'hébergement ou des services de prise en charge à domicile pour les personnes âgées, de dispositifs dédiés disposant d'une certaine autonomie de fonctionnement. Dans le secteur de la prise en charge à domicile, des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) sont venues compléter par des activités périodiques l'offre de soins ordinairement proposée. Les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) ont fait leur apparition dans les établissements, offrant aux personnes hébergées des activités sur le principe de l'accueil de jour. Les unités cognitivo-comportementales (UCC) et les unités d'hébergement renforcé (UHR) ont, quant à elles, vocation à héberger la population qui présente les troubles du comportement les plus sévères.

Cette dynamique de spécialisation des lieux de prise en charge impulsée par le 3^e plan s'est prolongée dans une volonté politique de faire émerger un personnel spécifiquement qualifié pour y exercer. La mesure 20, intitulée « plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer », prévoyait ainsi, entre autres, « l'amélioration de la prise en charge des malades par la mise à disposition de compétences professionnelles nouvelles ». Cette volonté de développement des compétences professionnelles se décline en deux volets. Concernant les professions paramédicales, il se traduit par le projet d'intégrer à la formation initiale des psychomotriciens et des ergothérapeutes des modules consacrés à la maladie d'Alzheimer, de façon à drainer ces catégories de professionnels vers le champ de la prise en charge des personnes âgées, peu investi jusqu'alors. Du côté des intervenants de première ligne, c'est à « l'identification et la professionnalisation d'une fonction d'assistant en gérontologie »¹ qu'est consacrée la mesure.

1. La fonction d'assistant de soin en gérontologie, ainsi que le référentiel de formation correspondant sont fixés par un arrêté du 23 juin 2010. La formation d'assistant de soin en gérontologie se fait sur 140 heures et est accessible aux salariés disposant d'un diplôme d'État d'aide-soignant ou d'aide médico-psychologique, et exerçant déjà auprès d'un public âgé atteint de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

ENCADRÉ 1**Présentation de l'enquête de terrain et des données mobilisées**

L'enquête de terrain a été réalisée entre avril et juin 2012 dans un Ehpad du Grand Ouest ayant obtenu pour son centre Alzheimer le label d'unité d'hébergement renforcé (UHR), de manière postérieure à sa construction. L'UHR dispose de 38 lits, dont 4 d'hébergement de courte durée, et est spécialisée dans l'accueil de « personnes âgées désorientées déambulantes dont les troubles majeurs du comportement rendent incompatibles leur maintien en milieu social normalisé ou en structure d'hébergement conventionnel ». L'UHR reçoit des résidents qui viennent de leur domicile ou plus souvent d'autres établissements, pour des durées allant de quelques semaines à plusieurs années, l'évaluation régulière de l'importance des troubles conditionnant leur maintien dans l'unité. L'absence de mobilité physique, et par conséquent de capacité de déambulation, constitue notamment un motif de transfert des résidents vers des structures d'hébergement plus classiques. Le personnel salarié est composé de 34 équivalents temps plein, dont, du côté des professionnels soignants, 14 aides-soignantes, trois aides médico-psychologiques, trois infirmières, une psychomotricienne et une psychologue.

L'enquête a consisté en une série d'une vingtaine d'entretiens avec les professionnelles soignantes exerçant dans l'UHR* et avec la direction de l'unité et de l'Ehpad, et a été complétée par l'exploitation de données documentaires produites par la structure (projet d'établissement, dossier de labellisation UHR, fiches de poste des salariées, dossiers des résidents etc.) ainsi que par une période d'observation non participante, principalement de moments de réunions de différente nature (transmissions, réunions de synthèse bihebdomadaires, réunions d'équipe ponctuelles concernant des projets, suivi de l'évaluation des troubles des résidents, commission d'admission de nouveaux résidents etc.).

Les données empiriques présentées ont toutes été anonymisées. ■

*Le féminin est utilisé ici à dessein puisque, si le taux de féminisation du personnel des établissements pour personnes âgées observé au niveau national est de 88 % (Prévot, 2009, p. 6), le personnel soignant de l'unité concernée par l'enquête est composé exclusivement de femmes.

Cette préoccupation pour la professionnalisation n'est pas propre au milieu spécialisé Alzheimer. Il s'agit d'une rhétorique qui traverse l'ensemble des métiers de l'aide et du soin aux personnes, notamment âgées, qu'ils interviennent à domicile ou en établissement, dans le secteur sanitaire ou médico-social. La notion est pourtant extrêmement polysémique et recouvre des réalités différentes en fonction du niveau auquel on cherche à saisir le phénomène. Florent Champy en propose trois acceptions (2009, p. 145).

À un premier niveau, la notion de professionnalisation peut s'appliquer au processus d'acquisition par un individu des qualités qui sont considérées comme faisant de lui un professionnel. Se professionnaliser consiste dans ce cas à obtenir, le plus souvent à travers la formation, les qualifications requises dans un milieu de travail donné.

Au niveau d'une société, la notion peut désigner la pénétration progressive de professionnels dans un domaine social jusqu'alors pris en charge par des acteurs ou institutions non organisés en professions. En ce sens, on peut parler d'une professionnalisation progressive de l'aide et du soin aux personnes. Les métiers de ce secteur se sont en effet

développés dans un contexte d'augmentation du travail salarié chez les femmes et de décohabitation des familles. L'aide aux personnes âgées, qu'elle prenne la forme d'un soutien financier ou moral, ou celle d'une assistance à la réalisation des gestes de la vie quotidienne, a été longtemps assurée par l'entourage des personnes vivant à domicile et notamment par les femmes, qui, salariées ou non par ailleurs, fournissaient une aide gratuite aux générations en amont et en aval sous la forme de tâches domestiques et de soins aux personnes. Mais face à l'augmentation régulière du nombre de personnes âgées présentant un besoin d'aide en raison d'un problème de santé ou d'un handicap², l'aide professionnelle s'est progressivement étendue et structurée. Il ne faut pourtant pas considérer les deux types d'aide comme concurrents : l'intervention professionnelle ne se substitue souvent pas à l'aide de l'entourage, mais l'avancée en âge et l'augmentation du niveau de dépendance tendent à faire augmenter la part de la première par rapport à la seconde (Soullier, Weber, 2011, graphique 2 et tableau 1). Si l'extension du secteur professionnel de l'aide aux personnes âgées dépendantes peut ainsi s'expliquer par l'évolution des pratiques familiales et par l'augmentation des besoins de services, elle est surtout le résultat d'impulsions des pouvoirs publics. Historiquement construites autour de l'aide sociale aux vieux pauvres, les politiques de la dépendance ont vu leur cible s'élargir progressivement à l'ensemble de la population âgée (Weber *et al.*, 2014, p. 13). L'universalisation des prestations, désormais accessibles à tous, a contribué à solvabiliser la demande d'aide et à l'orienter vers des services professionnels. En outre, dès les années 1980, le secteur des services à la personne à domicile est repéré par les gouvernements successifs comme un gisement d'emploi privilégié pour ramener vers l'emploi des femmes peu qualifiées touchées massivement par le chômage (Ennuyer, 2004, p. 204-214).

Appliquée à un métier enfin, la notion de professionnalisation correspond au processus par lequel un groupe parvient à s'octroyer la compétence de réaliser un ensemble de tâches, sans qu'un autre groupe professionnel ne puisse lui contester cette activité. Dans les termes de l'interactionnisme, on dira « qu'un métier existe quand un groupe s'est fait reconnaître la licence exclusive d'exercer certaines activités en échange d'argent, de biens ou de services » (Hughes, 1996, p. 99). On peut décrire alors la professionnalisation d'une activité en relevant par exemple les étapes par lesquelles se dessinent progressivement les contours d'un métier, puis son institutionnalisation, avec l'apparition par exemple de statuts, de diplômes, et d'organisations professionnelles.

Dans le secteur de l'aide et du soin aux personnes, plusieurs recherches ont mis en évidence les difficultés de structuration de métiers historiquement associés à des activités domestiques. C'est le cas du secteur de l'aide à domicile, qui a fait l'objet d'une attention politique particulièrement soutenue au cours des années 2000. Alors qu'il s'était construit sur un modèle tout à la fois domestique et d'assistance sociale, reposant sur de l'aide ménagère gratuite assurée par des acteurs publics et associatifs, il a été profondément réorganisé, avec en ligne de mire sa « modernisation » et le développement de ce « gisement d'emploi » si convoité en période de chômage massif. Élargissement du périmètre de son public, ouverture à une concurrence inédite par la loi Borloo de 2005³, recherche

2. Aux 720 000 personnes qui, selon l'enquête Ehpas 2011 vivaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées et bénéficiaient à ce titre, à des degrés divers, d'une aide professionnelle quotidienne (Volant, 2014) s'ajoutent les 3,6 millions de personnes de plus de 60 ans qui, d'après l'enquête Handicap-Santé, étaient aidées à leur domicile en 2008 (Soullier, Weber, 2011).

3. Loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

d'une amélioration de la qualité des services par l'encouragement à l'innovation et à la formation des professionnels, standardisation des prestations, tentatives de rationalisation de l'organisation du travail : la structuration du secteur au cours des années 2000 a suivi les lignes d'un modèle que Florence Weber qualifie de social-industriel (Weber et al., 2014). Dans ce modèle, la structuration du métier d'aide à domicile s'est heurtée à une difficulté majeure. Comme le montre Christelle Avril, (2014, p. 64-80) l'affirmation, au cours des années 1960 à 1980, des contours d'un véritable métier, doté d'une licence et d'un mandat, et à distance de l'image de la simple femme de ménage, s'est traduite par la mise en avant d'une mission sanitaire et sociale définie par des conventions collectives⁴, et l'affirmation de la nécessité, pour exercer, d'un savoir spécialisé dans la prise en charge de la vieillesse en dehors des institutions médicalisées. Pourtant, cette structuration du métier a été en partie remise en cause dans les années 1990-2000. La création successive de plusieurs diplômés⁵ a paradoxalement entériné la disparition progressive du mandat conquis au cours des deux décennies précédentes. En en faisant des « professionnelles polyvalentes », capables d'intervenir auprès de publics variés, ils leur ont retiré leur spécificité d'intervention auprès des personnes âgées à domicile. Par ailleurs, l'ouverture à la concurrence a obligé les associations historiques du secteur à s'aligner sur la définition du travail proposée par les nouveaux acteurs commerciaux. Ne s'appliquant plus à proprement parler à la dynamique de structuration et de valorisation du métier, la rhétorique de la professionnalisation désigne aujourd'hui deux choses : la mise en place de procédures bureaucratiques visant la rationalisation du travail des salariées, dans le cadre de « démarches qualité » d'une part ; les démarches de formation des salariées qui consistent « non pas par exemple à qualifier les salariées mais plutôt à favoriser leur ajustement à la transformation d'un secteur désormais soumis au marché » (*ibid.*, p. 77). Les contenus de formation ne correspondent désormais plus à des savoirs spécifiques au champ d'exercice, mais visent à encourager les salariées à « être polyvalentes », en mobilisant dans leur activité professionnelle quotidienne des savoirs acquis et développés dans la sphère privée de leur vie domestique, même si ceux-ci excèdent la définition des tâches pour lesquelles elles sont rémunérées et reconnues. Ce qui fait dire à C. Avril qu'« au regard de l'histoire des professions, cette démarche, centrée sur la polyvalence et sur des "compétences professionnelles" réduites aux compétences domestiques est [...] à rebours de tout processus de qualification professionnelle » (*ibid.*, p. 78)

La « professionnalisation », telle que promue par le 3^e plan Alzheimer, se situe entre le niveau individuel de la montée en qualification d'un certain nombre de professionnels, qui vise à leur permettre de faire face aux situations difficiles rencontrées dans la prise en charge, et le niveau plus structurel de la formalisation d'un métier, à travers la définition d'un champ de compétence propre, construit autour de savoirs spécifiques et institutionnalisés par la création d'un diplôme.

À partir d'une enquête qualitative réalisée dans l'unité d'hébergement renforcé (UHR) d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), l'article propose de montrer comment s'articulent ces différents niveaux de la professionnalisation dans le contexte particulier de l'exercice professionnel en milieu spécialisé Alzheimer. Le cas des professionnelles de première ligne que sont les aides-soignantes et les aides

4. Les premières conventions collectives du secteur sont signées en 1975 pour le milieu rural et en 1983 en ville (Avril, 2014, p. 65).

5. Le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (Cafad) en 1988, qui est remplacé en 2002 par le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS).

médico-psychologiques exerçant dans ce dispositif sera au cœur de la réflexion. Je montrerai dans un premier temps comment ces soignantes investissent l'exercice en milieu spécialisé Alzheimer comme lieu d'une évolution professionnelle ascendante, marquée à la fois par une progression de leur qualification et par la conquête d'une expertise propre et d'une autonomie d'exercice nouvelles. Je mettrai en évidence dans un second temps les points sur lesquels achoppent ces dynamiques de professionnalisation, en montrant notamment que certains de leurs aspects peuvent être contradictoires entre eux.

Le contexte des dynamiques de professionnalisation en milieu spécialisé Alzheimer

Le développement d'une offre de prise en charge spécialisée autour de la maladie d'Alzheimer et les dynamiques de professionnalisation qui s'y déploient sont à réinscrire dans un mouvement de médicalisation qu'a connu le monde professionnel de la prise en charge des personnes âgées, et que Bernard Ennuyer qualifie de « grand tournant médical de la politique vieillesse » (Ennuyer, 2004).

Une médicalisation progressive des établissements d'hébergement pour personnes âgées

En matière d'hébergement, les établissements pour personnes âgées ont vu leur vocation se transformer en deux temps. Les pratiques collectivistes et la fonction d'orthopédie sociale des asiles de vieillards, vivement critiquées à partir des années 1970 dans le sillage des politiques sociales de la vieillesse qui font du domicile le mode de vie légitime, ont laissé progressivement la place à des formes d'hébergement en institution qui tentent de se rapprocher d'un modèle plus domestique (Mallon, 2004, p. 31). La vocation domestique affirmée des maisons de retraite a été toutefois en partie contrebalancée par un mouvement de médicalisation des établissements, qui débute dans les années 1970 avec la création des sections de cure médicale⁶ et s'intensifie avec la réforme de la tarification des Ehpad, initiée en 1997⁷. Cette dernière visait à augmenter le nombre de places médicalisées et à adapter le personnel des établissements à l'état de dépendance accru des résidents accueillis⁸.

Ce mouvement de médicalisation n'a pas été sans conséquence sur le personnel des établissements et la division des tâches. Le nombre d'emplois en équivalent temps plein a augmenté mécaniquement par l'accroissement du nombre d'établissements mais aussi grâce à la progression du taux d'encadrement dans l'ensemble des structures, et tout particulièrement dans les établissements médicalisés⁹. La nature des emplois disponibles

6. Les sections de cure médicale sont créées par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

7. La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 crée les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Ces structures signent une convention tripartite avec l'Assurance maladie et le conseil général, qui les habilite à accueillir des personnes âgées dans un état de dépendance important, en assurant qu'elles remplissent les conditions d'une certaine médicalisation (du personnel notamment).

8. Le mouvement de médicalisation est rapide puisqu'en 2011, 82 % des places disponibles en établissement le sont dans des structures disposant du statut Ehpad (Volant, 2014, p. 2).

9. Le taux d'encadrement correspond au nombre d'emplois en équivalents temps plein pour 100 places d'hébergement. Alors qu'il était de 31 % en 1996 (Tugorès, 2005, p. 6), le taux d'encadrement moyen est en 2011 de 54 % et de 61 % en Ehpad (Volant, 2014, p. 6).

a changé par ailleurs, puisque la part du personnel le plus qualifié, paramédical et soignant, a augmenté par rapport à celle des agents de service, traditionnellement nombreux dans les maisons de retraite¹⁰. La division des tâches a, elle aussi, évolué au cours de ce processus de médicalisation. Alors que, longtemps, agents de service et aides-soignants ont partagé les mêmes tâches, une séparation progressivement de plus en plus nette s'est opérée entre les fonctions hôtelières (essentiellement les tâches ménagères) et les fonctions d'accompagnement et de soins aux personnes. Si, en raison de sous-effectifs qui peuvent être dus à des difficultés de recrutement ou de financement, certains agents de service sont encore régulièrement amenés à exercer les fonctions d'aides-soignants sans en avoir le titre, la division des tâches tend progressivement à s'installer, notamment depuis que le décret du 31 août 2007 soumet les fonctions d'aide-soignant à un diplôme d'État et lui associe un décret de compétences (Arborio, 2009, p. 56).

L'apparition de dispositifs de prise en charge dédiés à la maladie d'Alzheimer

On peut considérer que ce processus de médicalisation s'est approfondi avec l'apparition, à partir du début des années 2000, d'une action publique dédiée à la maladie d'Alzheimer. Le choix d'une action qui a pris la forme de trois plans de santé publique successifs¹¹ témoigne d'un cadrage particulièrement médicalisé d'une partie des problèmes de la prise en charge de la vieillesse. Ces plans mettent en effet l'accent sur le diagnostic précoce et la recherche de thérapeutiques et donnent une place primordiale aux acteurs médicaux et paramédicaux de la prise en charge. Dans un contexte pourtant où l'espoir curatif est extrêmement ténu, les pouvoirs publics recommandent le développement d'approches démedicalisées du traitement¹².

Cette tension entre médicalisation et démedicalisation, particulièrement active sur les scènes sociales où est traité le vieillissement (Le Bihan, Mallon, 2014), traverse précisément les dynamiques de professionnalisation vécues par les intervenants de première ligne de l'UHR qui a fait l'objet de l'enquête.

Le soin aux personnes démentes dans les hiérarchies professionnelles et la division du travail

Traditionnellement, la prise en charge des personnes démentes tend à se situer au bas de l'échelle de valorisation des tâches et des métiers de l'accompagnement. Les hiérarchies professionnelles, qui sous-tendent la division du travail organisée selon le principe d'une délégation en cascade des tâches les moins nobles, placent en général le travail de soin, impliquant une relation directe à la personne soignée, au dessus du travail domestique. Au sein même du travail de soin, une hiérarchie interne valorise le *cure*

10. Ainsi, entre 2003 et 2007, le personnel soignant et paramédical passe de 39 % à 41 % dans l'ensemble des établissements, quand le nombre des agents de service diminue, passant de 29 % à 28 % du personnel. L'augmentation du personnel soignant et paramédical concerne tout particulièrement les Ehpad puisque dans ces structures, il atteint 43 %, pour 29 % d'agents de service (Tugorès, 2005, p. 8 ; Prévot, 2009, p. 7).

11. Depuis 2001, trois plans nationaux ont successivement été dédiés à cette pathologie : le plan Kouchner (2001-2003), le plan Douste-Blazy (2004-2007) et le plan Alzheimer (2008-2012) porté par l'initiative présidentielle de faire de la maladie d'Alzheimer l'un des grands chantiers de santé publique du quinquennat de Nicolas Sarkozy. Un quatrième plan, qui devrait être élargi aux maladies neurodégénératives, a été annoncé pour 2014.

12. Le rapport Girard recommandait en 2000 de « médicaliser le diagnostic et de démedicaliser la prise en charge » (Girard, 2000, p. 31).

(qui recherche la guérison, du corps le plus souvent) plus que le *care* (le soin sous l'angle de l'entretien, et qui fait intervenir une relation sociale), et le travail technique plus que celui qui ne nécessite aucune technicité. Selon cette hiérarchie, l'exercice en milieu ordinaire auprès des personnes âgées considérées comme malades d'Alzheimer est frappé d'infériorité à plusieurs titres. Une partie parfois importante du travail porte en effet sur l'environnement et le confort des personnes (d'autant plus lorsque l'intervention a lieu à domicile), et est donc associé à des tâches domestiques d'entretien. Le travail de soin comporte peu d'aspects techniques et est lui aussi orienté vers le confort des personnes et non vers la guérison, absente dans l'horizon de dégradation inéluctable que renvoie la construction de la pathologie comme non seulement neuro-dégénérative mais qui plus est associée au vieillissement (Ngatcha-Ribert, 2004). En milieu ordinaire, les résidents Alzheimer sont souvent considérés comme ceux auprès desquels l'intervention se réduit à une simple attention aux fonctions premières de l'organisme, leur participation à la vie sociale de la structure et notamment aux activités proposées se révélant difficile.

Comment se nouent, pour les soignantes de première ligne de l'UHR, les dynamiques de professionnalisation de leur exercice auprès de personnes démentes, au regard de ces tensions entre médicalisation et démedicalisation d'une part, et entre valorisation et dévalorisation d'autre part ?

Quels visages de la professionnalisation en unité d'hébergement renforcé ?

Dans l'unité d'hébergement renforcé où l'enquête s'est déroulée, le sentiment des soignantes de première ligne d'être impliquées dans une dynamique de professionnalisation s'appuie sur trois aspects de leur quotidien : la diversification de leurs tâches, qui leur permet de ne plus être cantonnées aux seules dimensions corporelles du soin ; l'inscription volontariste dans une intervention à vocation thérapeutique, que l'on peut lire notamment dans la formalisation écrite importante de l'activité, marquée par la pénétration de registres lexicaux médicalisés ; la délimitation progressivement de plus en plus explicite d'un champ autonome de compétences qu'il s'agit de défendre des empiètements éventuels des professionnels alentour.

Vers une diversification des tâches

Les activités dites thérapeutiques sont le plus souvent réalisées par les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques. L'activité des soignantes de première ligne est organisée selon des roulements de deux semaines au cours desquels elles occupent alternativement les postes dédiés aux soins de *nursing* (ceux « du matin », sur lesquels reposent les soins d'hygiène, l'habillage, et le service des repas) et ceux affectés aux animations thérapeutiques. La traditionnelle séparation entre les deux types d'activités, qui peut se traduire ailleurs par une distinction entre aides-soignantes et aides médico-psychologiques ou entre aides-soignantes et animatrices, n'est donc pas ici reconduite et chacune doit se montrer capable autant d'accompagner des soins corporels que d'encadrer une sortie en dehors de l'établissement ou d'animer un atelier (chorale, jeux de société, travaux manuels, jardinage etc.).

L'apparition de ces activités dans leurs fonctions quotidiennes constitue, pour les aides-soignantes, une évolution importante par rapport à leur place dans la division classique

du travail qu'elles ont expérimentée dans d'autres maisons de retraite, dans lesquelles elles étaient souvent strictement cantonnées aux soins corporels.

« On dit que l'AS [aide-soignante], c'est plus dans le soin et l'AMP [aide médico-psychologique] plus dans l'accompagnement, dans l'animation et tout ça. [...] Je pense que ça fait du bien de tout faire, en fait, de pouvoir sortir avec [les résidents] aussi, c'est bien de les voir à la plage ou dans des expositions, réagir à certaines choses, c'est important aussi, de pas les voir que dans le cadre de la structure. [...] Je suis aide-soignante à l'origine, mon métier c'est quand même le soin avant de faire l'animation. Mais en venant travailler ici je savais que je ferai les deux et c'est ça qui me plaisait aussi. [...] Je me disais "je ferai de tout". [...] LLH : Toi, ça te paraît vraiment important d'avoir ces deux aspects là dans ton travail ? VP : Oui. Je m'en suis rendu compte en faisant mon stage ici, parce qu'en maison de retraite où j'ai fait mon premier stage il n'y avait pas d'animation. » [Virginie Papin, aide-soignante, entretien]

Cette aide-soignante souligne ici son intérêt à voir son poste de travail évoluer depuis la seule gestion du corps, vers l'« animation » et l'« accompagnement », dans lesquels elle perçoit la possibilité d'enrichir sa perception des résidents desquels elle est amenée à s'occuper. Cette diversification du contenu quotidien de son activité, en l'attirant du côté d'une intervention plus sociale, correspond aussi à un éloignement au moins partiel du « sale boulot » qui incombe aux aides-soignantes lorsqu'elles manipulent, sans instrument de médiation, les corps malades et les « matières universellement reconnues comme sales, notamment les excréments corporels » (Arborio, 2009, p. 58). La possibilité de sortir hors des murs de l'établissement, ordinairement dévolue à d'autres professionnels, constitue, elle aussi, une manière de prendre du champ par rapport à un exercice cantonné aux lieux de l'intimité du résident.

S'inscrire dans une intervention à vocation thérapeutique

Il ne s'agit pourtant pas, pour les aides-soignantes, de se transformer en animatrices. Bien que son contenu évolue, en basculant vers des dimensions psychologiques inhabituelles pour des professionnelles de la manipulation du corps, elles sont attentives à conserver un ancrage fort de leur activité du côté du soin. Et si le contenu des « activités thérapeutiques » proposées dans l'unité d'hébergement renforcé ne diffère que marginalement des programmes d'animation proposés dans les établissements ordinaires et qui s'adressent à des personnes non malades d'Alzheimer, les aides-soignantes de la structure s'attachent à en faire, comme de l'ensemble des moments d'interaction avec les résidents, des lieux d'observation des comportements, qu'elles mobilisent ensuite au cours des discussions d'évaluation de l'état de chacun.

Au moment de l'enquête, l'enjeu est justement de marquer, plus encore que ce qui n'a été fait depuis l'ouverture de la structure quelques années plus tôt, la vocation thérapeutique des activités qui occupent la journée. Le gain d'« expertise » thérapeutique recherché ne porte pas sur l'élaboration d'un contenu nouveau des activités, mais sur l'évaluation de la capacité des résidents à en tirer bénéfice, de manière à repérer, avec plus de précision possible, le moment où la dégradation de l'état du résident est suffisamment avancée pour justifier son transfert dans une structure ordinaire. La formalisation

du suivi est recherchée comme une garantie de la qualité de l'accompagnement proposé, proportionné à l'état de la personne, dans son évolution.

La directrice de l'unité insiste ainsi sur le manque de suivi existant à son sens : « On n'a aucun suivi, on ne garantit rien sur l'accompagnement social et la stimulation non médicamenteuse. Il y a une personne qui dit "cette personne là devrait être plutôt stimulée comme ça ou comme ça". [...] Les résidents arrivent en fin de parcours : on sait pas. » Elle regrette notamment que certaines soignantes, considérant les activités comme des moments de divertissement, ne respectent pas le planning d'animation tel qu'il est fixé. « J'ai plein de filles qui m'ont dit que parfois elles arrivaient, elles n'avaient pas envie de faire ce qu'il y avait écrit [sur le planning des activités] et donc elles allaient chanter. Et puis après comme on n'oblige personne à rester à l'activité, forcément qu'on laisse des gens sur le banc de touche. Parce que l'objectif [ici] c'est de ne pas contraindre. Sauf qu'à un moment donné si tu veux être porteur de son accompagnement, [...] normalement il faudrait qu'on puisse tracer, qu'il y ait une file active : qu'est-ce qu'on fait ? Si ça, ça n'a pas marché qu'est-ce qu'on fait ? Et là est-ce qu'on n'a pas un outil, est-ce qu'il existe des outils ? [...] Après ce sera la question des bornes de notre accompagnement... Pourquoi ils restent là ? Qu'est-ce qui fait qu'ils sont toujours à [l'UHR] ? On va gagner en expertise en faisant ça. [...] La prise en charge non médicamenteuse, c'est bien ça qui nous amènera à penser au transfert. [Pour l'instant] on arrive quand c'est trop tard. Parce qu'avant on n'a pas eu d'éclairage suffisant, parce qu'il y a rien de structuré. » [Journal de terrain, réunion d'équipe]

Les soignantes de première ligne sont ici mobilisées par la direction pour contribuer à la formalisation, par l'élaboration d'outils techniques, du suivi de la prise en charge. Elles constituent explicitement le premier échelon d'une équipe thérapeutique pour laquelle la simple « animation » ne peut constituer un horizon de prise en charge.

En amont de cet épisode, l'exigence de la direction quant à la formalisation de l'activité des soignantes de première ligne s'était portée sur les transmissions écrites produites quotidiennement dans le logiciel prévu à cet effet. Soumise aux exigences de conformité des profils de résidents accueillis par rapport aux critères du label UHR (notamment des troubles du comportement perturbateurs persistants), la direction de l'unité a beaucoup travaillé auprès des soignantes de première ligne dans le sens d'une formalisation approfondie des observations du quotidien, permettant de justifier le maintien d'un résident dans l'établissement, ou au contraire de décider de son transfert.

« On a beaucoup travaillé, [la psychologue] les a repris en transmissions le matin, elle revenait sur les formulations, moi je faisais des réunions toutes les semaines, où on reprenait, pourquoi on a écrit comme ça et puis après il a fallu de toute façon pour blinder le dossier UHR, il fallait que ce qui soit écrit soit compréhensible, et qu'on trace les événements comportementaux. Je leur disais "si vous êtes bien, si vous avez fait du bon soin, c'est parfait, parce que c'est quand même ce que le résident [attend]... mais ça ne suffit pas pour être [dans cette unité]. Il faut que vous prouviez et que vous écriviez ce que vous avez fait". [...] Et effectivement aujourd'hui ça pose plus de souci. [...] Je pense qu'aujourd'hui [dans l'UHR] on sait très bien que l'intervention évidemment auprès du sujet est primordiale mais que c'est pas

la seule chose qui est attendue. On attend autant sur la traçabilité et l'écriture. »
[Jeanne Lépine, directrice de l'UHR, entretien]

Plusieurs soignantes expriment leur satisfaction face à cette montée en technicité qui est attendue d'elles, et qui se joue en particulier sur le vocabulaire manié.

« Moi j'apprends des choses ici. [...] L'acathisie [par exemple] c'est des personnes qui peuvent pas rester assises en fait, qui se relèvent dix fois dans un temps de repas ou tu vois, des choses comme ça. [...] Le fait qu'on ait eu la commission pour l'UHR, il fallait aussi qu'on ait des transmissions qui soient impeccables, donc du coup, là on a enrichi le vocabulaire parce qu'on pouvait pas mettre "se relève dix fois pendant le temps de repas", mais "acathisie pendant temps du repas", voilà. On les logorrhées, moi j'ai appris ça aussi, "logorrhées" je savais pas ce que c'était. On va dire entre guillemets c'est la diarrhée verbale en fait. Plein de choses comme ça. Du coup, professionnellement on apprend aussi plus, donc c'est bien. »
[Virginie Papin, aide-soignante, entretien]

Elles se prêtent au jeu sans exception et au moment de l'enquête, on trouve dans ce logiciel, rédigées dans un niveau de langue élaboré et imprégné de termes techniques issus du champ neuro-psychologique, des descriptions des comportements du quotidien des résidents. Il arrive d'ailleurs que les aides-soignantes, assises devant l'ordinateur du poste de soin et transcrivant par écrit leurs observations du jour, s'interpellent quant aux termes à employer.

Corinne Brunet, aide-soignante, se tourne ainsi vers une collègue et lui demande : « C'est comment déjà qu'on dit quand il s'agrippe à toi tout le temps M. Grivais ? Tu sais, quand il te lâche plus, les bras, les manches... ». Elle accompagne sa question d'un geste qui semble très évocateur à son interlocutrice puisqu'elle lui répond du tac au tac : « Oui, oui, je sais, le *grasping* on dit ! ». Corinne inscrit dans le logiciel « *grasping* important au cours du petit-déjeuner ». À mon intention, elle explique en riant qu'il est parfois difficile de trouver les mots précis, sans user de termes triviaux qui lui viennent spontanément pour décrire le quotidien. [Journal de terrain, transmissions]

Bien qu'issu d'un univers de savoirs qui n'est à l'origine pas le leur, et qui est approprié progressivement par une transmission à la fois verticale, venue de la direction et de la psychologue, et horizontale, entre pairs, la maîtrise de ce vocabulaire technique comme outil du quotidien est saisie par les soignantes de première ligne comme une occasion d'apprentissage et de progression dans leur métier. La maîtrise d'un outil technique (une forme médicalisée de langage) produit une médiation qui leur permet de ne plus être simplement affectées aux soins du corps, ce qui constitue, selon Anne-Marie Arborio, l'un des éléments constitutifs du « sale boulot » (Arborio, 2009, p. 58). Les moments de traduction écrite des actes effectués dans la journée et des réactions observées chez les résidents constituant un exercice collectif et organisé de réflexivité sur leur pratique, ils leur permettent de s'inscrire dans une forme de « dignité de la thérapeutique » (Freidson, 1984, p. 77), qui les rapproche des métiers qui les supervisent. Ce que la directrice qualifiait de « bon soin » ne s'arrête pas à la seule présence auprès des résidents. Cette présence doit être retraduite, dans des termes techniques, sous une forme écrite, afin qu'elle ne reste pas dans l'ordre d'une interaction entre résident et aide-soignante

sans horizon, mais qu'elle puisse être transmise à d'autres professionnels et assimilée à un processus plus collectif de soin, dans lequel l'observation et la perception réalisées par des soignantes de proximité jouent un rôle important d'évaluation de l'état de la personne et d'orientation dans le choix du traitement.

Se ménager un champ de compétences autonome

C'est d'ailleurs dans les relations avec les autres professionnels de l'unité que se joue un second aspect de la recherche de professionnalisation par les soignantes de première ligne. C'est en effet à cet endroit qu'elles affirment progressivement l'autonomie de leurs savoirs et de leurs compétences, et cherchent à faire valoir un périmètre d'action qui leur est propre.

La collaboration avec une variété de professionnels appartenant à d'autres corps constitue pour beaucoup un motif de satisfaction et de valorisation.

« C'est vrai que les accompagnements, les projets sont individualisés, on en discute en équipe, il y a le médecin coordonnateur qui nous écoute. Ca n'a plus rien à voir [avec l'exercice en maison de retraite ordinaire]. Plus rien à voir ! C'est comme si j'avais vécu dans un autre monde !

[Monique Chanteux, aide-soignante et assistante de soins en gérontologie, entretien]

Au delà de cette satisfaction individuelle, les observations quotidiennes des aides-soignantes et aides médico-psychologiques servent aussi de base à l'ensemble de l'activité des autres professionnelles soignantes. Par exemple, la réalisation biannuelle de l'Inventaire neuropsychiatrique (NPI-ES), qui sert d'outil à l'évaluation des troubles du comportement et dont le score justifie le maintien ou non de chaque résident dans l'établissement, est réalisé par une infirmière. Celle-ci s'appuie intégralement sur les observations consignées à l'écrit par les soignantes de première ligne, et complétées à l'oral lors de l'évaluation. Les projets de vie et de soin rédigés par les deux médecins coordonnateurs sont, là encore, amendés suite à des bilans périodiques faits avec les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques.

Ainsi, les médecins et paramédicaux mobilisent les capacités d'observation de ces professionnelles, de perception de facteurs fins qui influent sur le comportement des résidents, et en font ainsi des compétences reconnues sur lesquelles vont s'appuyer largement les décisions de traitement. On est ici dans une configuration où les professionnelles de première ligne ne sont pas, comme d'ordinaire, systématiquement en situation de délégation du rôle propre infirmier, et disposent d'une certaine autonomie et d'un champ de compétences indépendant, qu'elles ne partagent pas nécessairement avec d'autres métiers. Leurs savoirs, essentiellement expérientiels car liés à l'intimité, la régularité et la multiplication des observations qu'elles peuvent réaliser, se trouvent valorisés en tant que savoirs particuliers, dont les autres professionnels ne disposent pas, mais sur lesquels ils s'appuient.

Cet embryon d'autonomisation n'arase pas les hiérarchies professionnelles et la prééminence de certains savoirs sur d'autres. Ceux des soignantes de première ligne ont du mal à s'imposer face à ceux de la psychomotricienne et de la psychologue, qui irriguent l'ensemble du discours de l'équipe sur elle-même. La directrice de l'unité encourage

pourtant les aides-soignantes et aides médico-psychologiques à s'affirmer, au nom d'une expertise de la présence quotidienne.

« On s'efface aussi un peu devant les expertises [paramédicales]. Alors que vous [les aides-soignantes et aides médico-psychologiques] êtes expertes aussi, vous êtes là du lundi au dimanche et 7 heures par jour ! »

[Jeanne Lépine, directrice de l'UHR, réunion d'équipe]

Cette autonomisation des soignantes de première ligne se traduit aussi par une revendication de territoires mieux définis, c'est à dire d'un espace sur lequel les autres professionnels ne peuvent pas empiéter. Dans un modèle classique de délégation en cascade, il n'existe aucun espace d'intervention des aides-soignantes qui ne puisse être investi par les professions supérieures, puisque ce sont elles qui conservent la supervision des tâches qu'elles délèguent. Or, dans l'unité d'hébergement renforcé, certains territoires apparaissent comme propres aux soignantes de première ligne, bien que l'élaboration de ces territoires ne soit pas allée de soi au début. La présence inhabituellement importante dans une maison de retraite d'une psychomotricienne et d'une psychologue (elles travaillent toutes deux à 100 % sur l'établissement, ce qui est rare en maison de retraite) a ainsi donné lieu à des tâtonnements.

« Ça n'a pas été simple au départ non plus parce qu'il y a beaucoup d'interlocuteurs. Alors au début on s'est perdu un petit peu, on savait plus qui faisait quoi, il y a eu des couacs parce que des fois on empiétait sur la partie d'untel ou c'était pas là qu'on nous attendait, on aurait dû être plutôt là. Ça a pas été simple de se positionner, que chacun trouve son bout et sa place. Ça a été long. [...] Moi j'avais jamais travaillé avec un psychomot par exemple. Le temps qu'on comprenne son métier, qu'on comprenne quand elle attendait qu'on la sollicite, où on l'attendait, c'est pas simple ».

[Béatrice Monroz, infirmière, entretien]

Ces deux intervenantes ont elles aussi fixé des frontières à leur intervention qui laisse, de fait, un champ d'exercice propre aux soignantes de première ligne relativement vaste. Ainsi, la psychologue a fait le choix de n'intervenir que ponctuellement dans les activités organisées par les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques et de ne jamais pénétrer l'espace des soins corporels, qu'elle leur réserve intégralement.

« Des activités c'est possible si [les soignantes de première ligne] sont en demande. Les soins par contre moi je me suis toujours refusée, vu que j'ai par contre plus accédé à la dimension clinique, comme moi je suis là pour rencontrer les résidents, s'il y en a ça va pas, s'il y a des états de souffrance, je ne peux pas me situer dans un rapport particulier au moment de la toilette, voilà, c'est de la cohérence en fait. »

[Nathalie Pollet, neuropsychologue, entretien]

La psychomotricienne évoque les tâtonnements par lesquels elle est passée avant de bien délimiter la spécificité de son intervention par rapport à celle des intervenantes de première ligne. Ils ont porté par exemple sur son investissement d'un espace construit comme lieu de détente, comportant une baignoire. Alors que la « balnéothérapie » fait partie de son éventail possible d'intervention, elle finit par considérer que cet espace est celui du « bain », qui renvoie socialement à un espace d'hygiène, qui revient explicitement pour elle aux soignantes de première ligne.

« Du coup on en est venu à adapter cette fameuse salle de bain en y mettant un diffuseur d'huiles essentielles, en y mettant une lumière très relaxante. Les filles maintenant savent y faire, elles accompagnent chacune à leur manière mais très bien, donc je pense que c'est pas mon créneau et j'étais pas à l'aise avec le corps parce que du coup il faut aussi envisager qu'autant une balnéothérapie, j'entends le bain, c'est intégré comme une zone où on va pouvoir se détendre, autant une baignoire c'est intégré comme une zone et un lieu d'hygiène. Donc je pense que l'amalgame se faisait, autant dans leur tête que dans la mienne [...] c'était pas un lieu où moi j'entrevois ma place. Mais il m'a fallu en tout cas l'expérimenter, faire cette erreur, je pense... cette expérience on va dire pour m'apercevoir que non, c'était absolument pas là que je me voyais. [...] J'étais pas à l'aise avec ça. »
[Mathilde Hachet, psychomotricienne, entretien]

Au moment de l'enquête, les délimitations de territoires professionnels concernent plus spécifiquement les relations entre soignantes de première ligne et médecins. Il est question, lors d'une réunion, de parvenir à faire respecter le temps des activités thérapeutiques portées par les aides-soignantes et aides médico-psychologiques, en particulier par les médecins qui ont tendance à considérer leur intervention comme première et à interrompre facilement leur travail.

Gaëlle Lemoine, aide médico-psychologique et assistante de soins en gérontologie :
« On exprimait le fait que quand on est en activité, qu'on est appelé par un médecin, une demie heure, parce que le résident a des difficultés à marcher, on doit l'accompagner dans la chambre [pour la consultation du médecin]... »

Jeanne Lépine, directrice de l'unité : « mais c'est parce que là on se laisse envahir aussi. Parce qu'on n'est pas structuré. Alors que au PASA ils savent à quel jour ils sont prescrits, c'est une prescription, donc ils savent qu'*a priori*, sauf contrainte particulière, qu'ils ne vont pas aller faire leur consult... les jours où les gens sont prescrits. Quand vous êtes à domicile, vous venez pas quand les gens sont prescrits au kiné. C'est aussi culturel... »
[Journal de terrain, réunion d'équipe]

En évoquant d'autres lieux d'exercice pluridisciplinaire, où les médecins doivent composer avec la présence d'autres professionnels dont ils ont prescrit l'intervention, la directrice fait part de son sentiment qu'il persiste des lacunes dans la reconnaissance d'une intervention des soignantes de première ligne véritablement assimilable à du soin, et non à de l'animation occupationnelle. La revendication, bien que balbutiante, des aides-soignantes et aides médico-psychologiques de ne pas être interrompues par des sollicitations des médecins pendant des activités est un exemple d'établissement de limites à la subordination. L'enjeu est de faire accepter les activités menées par les soignantes de première ligne comme partie prenante du soin au même titre que la consultation médicale par exemple.

Les dynamiques de professionnalisation au sein de l'UHR sont, on le voit, portées tout à la fois par les soignantes elles-mêmes et par la directrice de l'unité. À l'échelle des soignantes de première ligne, elles se concrétisent dans leur manière d'investir et de revendiquer certains aspects de leur travail, en particulier par une inscription progressive de leur activité dans une intervention pluridisciplinaire médicalisée, dans laquelle elles disposent d'un champ de compétences élargi et autonome, reconnu par les professionnels

soignants avec lesquels elles collaborent. La directrice de l'unité, quant à elle, est porteuse d'une certaine formalisation de la professionnalisation, tant en ce qui concerne la montée en compétence individuelle de ses salariées que le développement des conditions nécessaires à la reconnaissance d'une pratique professionnelle spécifique, voire à l'institutionnalisation de métiers nouveaux.

Or, les vues de la directrice quant à la professionnalisation peuvent se révéler contradictoires avec les aspirations individuelles des soignantes de première ligne, provoquant alors des points de friction.

Des dynamiques de professionnalisation contradictoires entre elles ?

Les efforts de la directrice de l'unité dans le sens de la professionnalisation de ses salariées et de l'activité développée dans son établissement aboutissent à deux effets vécus par certaines comme contradictoires au regard de la volonté d'origine : d'une part l'intensification de la division du travail qui, en formalisant la valorisation d'une nouvelle catégorie de professionnelle, en condamne mécaniquement une autre à la rétrogradation ; d'autre part le maintien d'un ancrage de l'évaluation des compétences du côté d'aptitudes naturalisées, qui interdit des formes de progression au delà d'une certaine limite.

Vers l'intensification de la division du travail

La formalisation progressivement de plus en plus importante de l'intervention et l'intensification de la division du travail par l'établissement de territoires spécifiques semble constituer, pour la directrice, une voie fructueuse dans le sens de l'élaboration et de la reconnaissance d'une expertise de soin auprès de la population Alzheimer dans un lieu d'hébergement spécialisé.

Au moment de l'enquête, elle ouvre une réflexion sur la réorganisation du travail des soignantes de première ligne, dont l'enjeu est de donner un champ d'action spécifique aux cinq salariées qui, parmi les 17 aides-soignantes et aides médico-psychologiques, ont été formées comme assistantes de soin en gérontologie (ASG). Concrètement, la directrice souhaite faire valoir cette qualification en la traduisant en des fiches de poste au moins partiellement distinctes de celles qui régissent l'activité des salariées qui n'ont pas été formées. La définition d'une nouvelle répartition des tâches est donc à l'ordre du jour des réunions d'équipe rassemblant des représentants de l'ensemble des métiers présents dans l'unité. Une proposition est soumise à discussion : celle d'attribuer aux assistantes de soin en gérontologie une position d'encadrement sur les activités thérapeutiques¹³.

13. La définition officielle des compétences requises pour les assistants de soin en gérontologie, fournie en annexe de l'arrêté du 23 juin 2010, fait la synthèse entre les référentiels d'emploi des métiers d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique. On retrouve dans ces derniers la surveillance de l'état de santé, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, ainsi que dans les activités sociales et de loisirs, la mise en œuvre du projet individualisé de soin et d'accompagnement dans le respect de la personne, de ses choix et de son degré d'autonomie. Au delà de la précision de certaines manières de faire propres aux ASG (« l'ASG assure avec attention, vigilance, ménagement, prévenance et sollicitude tous les actes qui peuvent concourir à soulager une souffrance, créer du confort, restaurer et maintenir une adaptation de l'individu à son environnement »), la seule compétence supplémentaire requise par rapport aux métiers de base, à partir desquels la fonction d'ASG est accessible, consiste à être capable de « mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive, en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues ».

Sans retirer complètement aux salariées non formées la possibilité d'intervenir en animation, il est question de dédier aux assistantes de soin en gérontologie un nombre plus important de plages horaires d'animation.

La directrice se défend de vouloir créer une hiérarchie entre les aides-soignantes et aide médico-psychologiques de base et les assistantes de soin en gérontologie. Sa démarche s'inscrit, dans son esprit, dans une reconnaissance de la fonction d'ASG, notamment en termes de gratification salariale.

« [Il faut que] je fasse valoir à la direction générale que [les ASG] sont expertisées et qu'elles peuvent du coup bénéficier de leur prime. Pour ça il faut quand même justifier d'une organisation particulière. Mais ça veut pas dire qu'elles ont un rôle hiérarchique sur leurs collègues ».

[Jeanne Lépine, directrice de l'UHR, journal de terrain, réunion d'équipe]

Les aides-soignantes et aides médico-psychologiques présentes réagissent très négativement à la proposition, craignant de se voir cantonnées aux seuls soins du corps, alors que la diversité des tâches effectuées habituellement constituent pour une part d'entre elles l'un des attraits majeurs de l'exercice en milieu spécialisé Alzheimer.

« Après, il faut que nous [les aides-soignantes] on arrive à trouver notre place là dedans et je suis pas sûre que ça va être donné à tout le monde non plus. Là, il risque d'y avoir des soucis. »

[Martine Abisset, aide-soignante, journal de terrain, réunion d'équipe]

« Pour le résident, c'est clair que ce sera beaucoup mieux, c'est une évidence. Maintenant tout le monde ne voit pas ça de ce côté là. D'autres personnes le voient plus pour elles. Moi je vois que pour le résident et pour le confort de celle qui sera [en animation], ce sera mieux aussi. Maintenant pour le confort de celles qui vont être rien qu'aux soins, crrrc [onomatopée pour signifier l'étranglement] ! »

[Christelle Aarsal, aide médico-psychologique, entretien]

Progressivement dans la réunion, se dessine une proposition dans laquelle s'ajoute à l'argument de la division des tâches entre soins corporels et activités thérapeutiques celui d'une répartition de la clientèle des résidents, les plus « faciles » revenant aux assistantes de soin en gérontologie, et les plus « difficiles » aux autres.

Jeanne Lépine, directrice de l'UHR : « Pour moi, il faut définir des critères. [...] Que tout le monde soit pris en charge, et que ceux qui sont perturbateurs, si ils relèvent plus du soin, que ça ne soit pas une angoisse pour le soignant qui essaye de monter son atelier. [...] Ceux qui correspondent plutôt [aux activités thérapeutiques], ce sont ceux qui sont en phase d'apaisement et ceux qui viennent [de manière temporaire], sur du soutien à domicile. Ça veut dire que ça tourne, eux, ils sont dans l'incapacité de vivre seuls parce qu'ils oublient tout, mais ils font ce que tu leur dis. »

Martine Abisset, aide-soignante : « Il y a encore moyen de faire des choses avec eux. »

JL : « alors que ceux qui sont vraiment institutionnalisés, on est sur un rythme d'accompagnement comme [en maison de retraite]. Et donc là pour moi ce serait

effectivement l'aide-soignante dans son accompagnement global qui peut le faire. »
[Journal de terrain, réunion d'équipe]

Le fonctionnement hiérarchique classique, qui place les soins non techniques du corps en bas de l'échelle et induit une délégation en chaîne du sale boulot, est ici reconduit. Alors que le travail de *nursing* auprès de personnes démentes est particulièrement délicat, car il implique de faire face à des incompréhensions de la personne et des refus de soins qui peuvent être violents, c'est paradoxalement à une affectation des personnes les plus qualifiées à l'intervention auprès des résidents considérés comme les moins difficiles qu'aboutit la dynamique de formalisation des compétences par la spécialisation Alzheimer. Alors que les soignantes de première ligne situent l'intérêt de l'exercice en milieu spécialisé au niveau de l'acquisition d'un champ de compétences autonome à travers l'implication dans des activités plus étendues que celles du seul entretien du corps, la création d'un échelon professionnel supplémentaire, qui capte l'essentiel des tâches incluses dans cette diversification, vient en partie remettre en question le bien fondé de leur investissement professionnel dans une unité dont la vocation est d'accueillir les résidents les plus difficiles.

La difficile émancipation du modèle des compétences naturelles

Une seconde ambiguïté des dynamiques de professionnalisation observées dans l'unité d'hébergement renforcé concerne la sélection et l'évaluation des compétences considérées comme nécessaires à l'exercice en milieu spécialisé. On l'a vu précédemment, la dynamique de professionnalisation qui se joue dans l'unité passe essentiellement par la formalisation des différents aspects du travail des soignantes de première ligne et par leur qualification, à travers notamment l'accès au diplôme d'assistante de soin en gérontologie. Alors que plus généralement, l'entreprise de déstigmatisation du travail d'aide à la personne repose sur une mise à distance (souvent inaboutie) des fondements domestiques et naturalisés des compétences attendues, le recrutement des salariées de l'unité d'hébergement renforcé se fait, de manière assumée, sur la base d'aptitudes considérées comme naturelles ou bien acquises à travers des expériences de vie étrangères au monde professionnel. La directrice n'hésite d'ailleurs pas à recruter des aides-soignantes qui ont été en difficulté sur des postes précédents, et se trouvent, à ce titre, en échec dans leur métier, si elle considère qu'elles disposent d'« aptitudes », de « valeurs », qu'elles sont de « bonnes personnes », même si cela ne se traduit pas par de bons états de service.

À propos d'une aide-soignante qui a exercé sous sa direction dans une maison de retraite ordinaire, elle explique comment elle a finalement décidé de la recruter dans l'unité d'hébergement renforcé.

« J'étais tous les jours à me dire "il faut la virer, on peut pas la garder !" En fait je trouvais qu'elle avait une expression, c'est quelqu'un qui de toute façon, on le voit, qui réfléchit beaucoup, qui a une réflexion fine, dans son approche auprès du sujet, du cercle de la famille, et moi je trouvais qu'elle avait des valeurs, qu'elle dégageait des valeurs. Par contre, c'est vrai que c'est quelqu'un qui n'est pas du tout rigide et rigoureuse comme on nous le demande dans le sanitaire. Amandine, elle fait pas les lits et puis elle oublie... Sauf qu'en maison de retraite, quand à 11h vous devez avoir tout fini et que du coup après personne d'autre ne passe derrière après vous, qu'il y a pas cette flexibilité, chacun a sa tâche et si chacun ne la fait pas, derrière ça

répercute une surcharge pour la collègue. Et puis ça finit par agacer... Et donc l'espace [de l'UHR] intègre mieux, je crois, il est plus en mesure de potentialiser aussi ce que sont les gens. Amandine c'est quelqu'un qui a de sacrées aptitudes, en termes de perception. En plus du coup, c'est quelqu'un qui contrairement quelquefois à d'autres collègues soignantes, qui a des aptitudes au niveau de l'écrit, qui va pouvoir écrire les choses, formuler les choses. Et puis après, je ne sais pas si c'est des aptitudes qu'on a ou des volontés qu'on veut avoir, mais des fois on est convaincu que c'est quand même des bonnes personnes même si le système dans lequel on les fait évoluer ne leur permet pas peut-être de montrer ça. »

[Jeanne Lépine, directrice de l'UHR, entretien]

Elle est aussi attentive à recruter des personnes qui, malgré des échecs dans le monde gériatrique, apportent dans l'unité des compétences non directement professionnelles.

« Yasmine, elle avait démissionné d'un autre Ehpad, elle mettait en avant à son entretien cette difficulté à accorder du temps au résident, de se mettre à sa disposition, d'être toujours prise dans ce flot de contraintes et d'horaires, d'être pressée parce que derrière il y a l'agent qui fait ci ou ça ou les cuisines qui arrivent. C'était aussi quelqu'un qui jouait de la musique, qui avait fait une grande école de musique et elle savait bien jouer le piano. En tout cas, en prise en soins non-médicamenteux, c'était quand même des atouts aussi dans sa personnalité ».

[Jeanne Lépine, directrice de l'UHR, entretien]

Le fonctionnement des Ehpad ordinaires, où la sélection des « bonnes professionnelles » se fait encore très largement sur la démonstration de « compétences morales » et d'un « savoir-être » (Loffeier, 2013), qui sont le plus souvent naturalisés (Aubry, 2010 ; Avril, 2003), est ici reconduit. Malgré les tentatives de fonder une expertise de prise en charge de la maladie d'Alzheimer professionnalisée sur des qualifications validées par un diplôme (ASG) et par la création d'outils techniques élaborés, on voit là la persistance, dans les attendus du métier, d'une dimension naturalisante de la compétence, incorporée à la personne, opposée à l'idée même de qualification professionnelle, comme label collectivement contrôlé (Stroobants, 2007). On retrouve là la même difficulté repérée dans l'aide à domicile, où, malgré les tentatives de standardisation opérées à travers le développement de formations et de diplômes sanctionnant des apprentissages, le recrutement presque exclusif d'aides à domicile de sexe féminin trahit la prégnance de stéréotypes de genre, qui font des compétences recherchées chez une aide à domicile des attributs « naturellement » propres aux femmes ou mécaniquement acquis par elles dans la sphère privée où elles sont supposées réaliser des tâches ménagères et s'occuper de leurs proches (Avril, 2014, p. 12). Même dans les formations développées sur un modèle scolaire et techniciste, ce sont en fait des compétences informelles qui permettent aux étudiantes, en formation initiale en particulier, de s'ancrer et de se maintenir dans le métier. Émilie Julliard et Aude Leroy montrent que la « maturité psychique » et l'« habileté relationnelle » font partie intégrante d'une posture sociale, dont le défaut peut déboucher sur l'éviction de la formation, alors même que cette dernière a été en principe créée pour former entièrement au métier les aspirantes (Julliard, Leroy, 2014, p. 106). Cela trahit l'ambiguïté persistante de formations qui proposent un enseignement techniciste des tâches domestiques tout en conservant dans l'implicite le « cœur du métier », ces « compétences relationnelles, non officiellement requises mais pourtant essentielles à la qualité de l'aide à domicile, dans sa dimension fondamentale

de production de santé » (Weber *et al.*, 2014, p. 43). Tout se passe au fond comme si les tentatives de professionnalisation par la formalisation ne parvenaient finalement pas à atteindre le « cœur du métier », dont le substrat ne se laisse pas complètement saisir.

En aval du recrutement, le maintien dans l'unité d'hébergement renforcé est conditionné, pour les salariées, à la démonstration d'une « envie » d'y travailler, qui doit être régulièrement renouvelée.

« On sent globalement, au bout de deux ans, deux ans et demi, les gens se réinterrogent. C'est le côté très exclusif de ce mode de travail qui est quand même particulier [...]. J'ai fait les entretiens individuels, [...] et là il y avait deux ou trois personnes qui semblaient en tout cas moins s'inscrire dans [l'UHR]. Donc j'ai pris le temps d'essayer de questionner leur motivation. [...] Ça a un peu heurté certaines je crois, c'est venu un petit peu prendre conscience qu'on voyait bien qu'il y avait quelque chose qui se modifiait. [...] Mais on ne peut pas se leurrer : rester travailler à [l'UHR] si on n'est pas animé par un élément de l'accompagnement, je crois que c'est pas possible. On ne peut pas être là juste à répondre à un acte, c'est pas possible, ça se ressent très vite ». [Jeanne Lépine, directrice de l'UHR, entretien]

La capacité à durer dans le métier, suspendue à une motivation très personnelle, interroge par ailleurs les débouchés de la professionnalisation telle qu'elle est portée par l'unité d'hébergement renforcé. Que faire des apprentissages techniques et de l'autonomie professionnelle acquis au sein de cette unité si l'avenir des soignantes qui se sont engagées dans l'exercice spécialisé ne peut être envisagé de manière durable dans ce type d'espace ?

Conclusion

L'intérêt pour l'activité des soignantes de première ligne d'une unité d'hébergement renforcé a permis de mettre en évidence les formes que peut prendre la professionnalisation telle qu'elle se déploie au sein d'un dispositif de prise en charge spécialisé de la maladie d'Alzheimer. On a vu qu'elle s'organise essentiellement autour d'une aspiration des professionnelles à une inscription explicite dans un projet thérapeutique, qui correspond à une diversification de leurs activités mais aussi à l'inclusion active dans une collaboration avec les professionnels médicaux et paramédicaux qui les entourent. L'association de leurs nouvelles fonctions avec une attention à la formulation écrite de leurs observations les rend en effet partie prenante d'une équipe et contribue à les mettre en situation de négocier peu à peu un champ de compétences autonome, dégagé du système de délégation des tâches, et à revendiquer le respect d'un nouveau territoire professionnel. Cette dynamique de professionnalisation n'est pourtant pas sans ambiguïtés, et la progression professionnelle revendiquée individuellement par un certain nombre de soignantes se révèle en partie contradictoire avec un second niveau de professionnalisation, ici principalement porté par la directrice de l'unité, celui de la formalisation de l'existence d'un nouveau métier. L'intensification de la division des tâches, consécutive à la reconnaissance formelle des assistantes de soin en gérontologie, condamne ainsi une partie des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques à redevenir délégués du « sale boulot » et à voir leur activité concentrée sur un segment très limité de tâches et de population. Par ailleurs, la volonté de soumettre la sélection de ses salariées à des critères qui naturalisent les compétences attendues dans l'exercice en

milieu spécialisé tend à reconduire une association classique entre le travail auprès des personnes vulnérables et des activités non professionnalisées. Cette difficile émancipation de l'univers des compétences naturalisées tend à limiter les possibilités qu'ont les soignantes de valoriser durablement leur investissement en milieu spécialisé Alzheimer en tant qu'expérience qualifiante professionnellement.

Bibliographie

Arborio A.-M., 2009, « Les aides-soignantes à l'hôpital : délégation et professionnalisation autour du *sale boulot* », in Demazière D. et Gadea Ch., *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.

Aubry F., 2010, « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les Ehpad », *SociologieS*, décembre [en ligne].
<http://sociologies.revues.org/index3291.html>

Avril C., 2003, « Les compétences féminines des aides à domicile », in Gramain A. et Weber F., *Charges de famille*. Paris, La Découverte, p. 187-207.

Avril C., 2014, *Les aides à domicile : un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, 289 p.

Champy F., 2009, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, 268 p.

Ennuyer B., 2004, *Les malentendus de la dépendance : de l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, 330 p.

Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot, 369 p.

Girard J.-F., 2000, *La maladie d'Alzheimer*, rapport pour le ministre de la Santé.

Hughes E.C., 1996, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 344 p.

Julliard É. et Leroy A., 2014, « Convertir des chômeuses, former des professionnelles ? », in Weber F., Trabut L. et Billaud S., *Le salaire de la confiance*, Paris, Éditions Rue d'Ulm.

Le Bihan B. et Mallon I., 2014, *Médicalisation de la vieillesse : enjeux et ambivalences*, Avant propos, *Retraite et société*, n° 67, p. 9-15.

Loffeier I., 2013, *Prise en charge des vieillissements, solidarité sociale et intergénérationnelle. Le cas d'un Ehpad privé comme entité collective*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Provence.

Mallon I., 2004, *Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi*, Presses universitaires de Rennes, 288 p.

Ngatcha-Ribert L., 2004, « Maladie d'Alzheimer et société : une analyse des représentations sociales », *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 2, n° 1, p. 49-66.

Ngatcha-Ribert L., 2012, *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie*, Paris, Dunod, 448 p.

Prévoit J., 2009, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », Drees, *Études et résultats*, n° 689.

Soullier N. et Weber A., 2011, « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », Drees, *Études et résultats*, n° 771.

Stroobants M., 2007, La fabrication des compétences, un processus piloté par l'aval, *Formation emploi*, n° 99, p. 89-94.

Tugorès F., 2005, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel », Drees, *Études et résultats*, n° 379.

Volant S., 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », Drees, *Études et résultats*, n° 877.

Weber F., Trabut L. et Billaud S., 2014, *Le salaire de la confiance*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 365 p.

REMERCIEMENTS

Le travail de recherche duquel est issu cet article a bénéficié du soutien des fondations Plan Alzheimer et Médéric Alzheimer, notamment dans le cadre du programme de recherche SpéciAlz, partie prenante du collectif Contrast (www.contrastcollectif.wordpress.com).