Les EHPAD « à l'école » des personnes handicapées vieillissantes : un nouveau métier pour les soignantes ?

Yann BASTIDE

Doctorant - Sciences de l'éducation et de la Formation Faculté des Lettres et Sciences humaines - Université de Limoges - Unité de recherche FrED

Résumé : Depuis le début des années 2010, les Unités pour Personnes Handicapées Vieillissantes s'implantent peu à peu dans les EHPAD, en réponse à l'amélioration de l'espérance de vie des ressortissants de foyers d'ESAT et foyers de vie (Établissements d'Accueil Non Médicalisé pour personnes handicapées dans la nomenclature FINESS). Aujourd'hui classées parmi les dispositifs innovants par le rapport de l'ANCREAI sur le vieillissement des personnes en situation de handicap, ces UPHV sont le produit d'un compromis qui fût difficile à trouver, au point de rencontre entre d'une part, l'institution du handicap et d'autre part, celle de la gérontologie. Dans un contexte marqué par la crise Covid et par les scandales de maltraitance, ces UPHV ouvrent discrètement la voie vers un autre modèle de maisons de retraite, aussi bien en termes de financement, que de pratique, d'éthique et donc de qualité réelle d'accompagnement. L'enquête rapportée dans cet article nous a conduit à recueillir divers matériaux, parmi lesquels une série d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels chargés de mettre en œuvre l'une de ces unités. Nous faisons l'analyse de ces matériaux au regard des dynamiques d'appropriation et de réappropriation observées pour l'ensemble des UPHV dans l'une des ex-régions de Nouvelle Aquitaine.

Mots-clés : Accompagnement, domestication, handicap, normes, professionnalisation.

Abstract : Since the early 2010s, units for aging disabled people have been gradually establishing themselves in retirement homes, in response to the improvement in the life expectancy of residents of non-medical homes for people with disabilities. Today classified among the innovative devices by the ANCREAI report on the ageing of people with disabilities, these units are the result of a compromise that was difficult to find, at the meeting point between on the one hand, the institution of disability and on the other hand, that of gerontology. In a context marked by the health crisis and by abuse scandals, these units are discreetly paving the way for another model of retirement homes, both in terms of funding, practice, ethics and therefore real quality of support. The study reported in this article led us to collect various materials, including a series of semi-structured interviews with professionals responsible for implementing one of these units. We analyze these materials with regard to the dynamics of appropriation and reappropriation observed for all these units in one of the former regions of Nouvelle Aquitaine.

Keywords : Support, domestication, disability, standards, professionalization

Dans son avant-projet d'unité pour personnes handicapées vieillissantes, transmis à un Conseil Départemental de la façade atlantique début 2020, une association gestionnaire d'EHPAD[1] affirme :

> *« À travers les expériences de ce type déjà menées, l'association a pu constater que la rencontre de ces deux publics, dès lors qu'ils ont eu le temps de se connaître et que des liens se sont créés, enclenche une dynamique très favorable à l'animation globale de l'EHPAD. Cet effet bénéfique concerne en premier lieu les résidents mais également les salariés qui voient leur mode d'accompagnement s'enrichir de nouvelles pratiques. »*

Un argument qui conduit à s'interroger à la fois sur la nature de ces pratiques, mais également sur leur appropriation et leur nouveauté. Dans un contexte où le vieillissement des personnes handicapées tend à suivre une évolution parallèle à celle des personnes valides (Belot, 2004), les Unités pour Personnes Handicapées Vieillissantes s'implantent peu à peu dans les EHPAD depuis le milieu des années 2010, avant tout pour répondre au manque de places en foyers pour adultes (Delporte, 2015). En charge de la tarification, les départements font valoir que la loi de 75[2] réserve l'hébergement dans ces foyers aux seuls travailleurs d'ESAT[3], ce qui désigne, dès les années 2000, les maisons de retraite comme une solution possible d'hébergement (Guyot, 2012).

Aujourd'hui classées parmi les dispositifs innovants par le rapport de l'ANCREAI sur le vieillissement des personnes en situation de handicap (2018)[4], les UPHV sont le produit d'un compromis qui fût difficile à trouver, au point de rencontre entre l'institution du handicap (Bodin, 2018) et celle de la gérontologie. Il s'agit d'unités spécifiques, regroupant, dans certains EHPAD, entre 6 et 15 places éligibles à l'aide sociale, pour un prix de journée majoré à hauteur de 15 à 30 %. Il n'existe pas de cahier des charges national pour ces projets, qui prévoient typiquement le recrutement d'éducateurs, afin de reproduire autant que possible les conditions du secteur spécialisé dans les murs d'établissements dits « de droit commun ». L'accompagnement s'y pratique le plus souvent dans des espaces dédiés, avec des personnels identifiés. Soit un cadre plus contenant, proposant un niveau d'individualisation des pratiques relativement inhabituel en EHPAD : anamnèse, valorisation des rôles sociaux et de l'autodétermination, grilles d'observation portant sur des éléments psycho-affectifs…

Menée depuis octobre 2020, l'enquête rapportée ici nous a conduit à recueillir divers matériaux concernant les UPHV d'une ancienne région de Nouvelle Aquitaine : les appels à projets ainsi que les éléments d'analyse liés à leur conception et leur évaluation, grâce à la confiance gagnée auprès des services départementaux de l'autonomie, avec lesquels nous avons pu réaliser des entretiens téléphoniques. Dans un contexte marqué par la crise sanitaire, nous avons également pu nous entretenir avec l'ensemble des directions impliquées dans ces projets d'accueil et visité environ la moitié des

[1] Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

[2] Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

[3] Établissement ou Service d'Aide par le Travail

[4] *Le vieillissement des personnes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ?* ANCREAI, décembre 2018

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

EHPAD concernés, ainsi que certains foyers d'origine ; soit quinze établissements au total, parmi lesquels dix maisons de retraite.

Tab. 1 : Tableau synthétique des EHPAD enquêtés

	Gestionnaire	Taille UPHV (exprimée en nombre de places)	Taille EHPAD (exprimée en nombre de places)	Année d'ouverture UPHV
Département n°1				
EHPAD 1	**Public (CCAS)**	**6**	**102**	**2015**
EHPAD 2	**Public (EPMS)**	**15**	**107**	**2015**
EHPAD 3	**Associatif**	**6**	**83**	**2015**
EHPAD 4	**Associatif**	**6**	**62**	**2015**
Département n°2				
EHPAD 1	**Associatif**	**12**	**46**	**2008**
EHPAD 2	**Associatif**	**21**	**71**	**2008**
EHPAD 3	**Associatif**	**10**	**65**	**2020**
EHPAD 4	**Associatif**	**10**	**50**	**2020**
Département n°3				
EHPAD 1	**Lucratif privé**	**8**	**105**	**2019**
EHPAD 2	**Associatif**	**8**	**72**	**2019**

C'est à l'occasion de ces visites que nous avons demandé à l'un des directeurs l'autorisation d'effectuer une période d'immersion.

À l'observation participante s'ajoute la réalisation d'entretiens spontanés ou semi-directifs auprès des usagers, de l'encadrement et des salariés. L'établissement ne disposant pas du bâti qui aurait permis de regrouper les personnes handicapées dans un même secteur, l'accueil prend place dans les espaces communs ; notamment la salle à manger, où se déroulent aussi les spectacles, lotos, revues de presse, temps festifs etc. Il faut également souligner que les chambres de ces nouveaux résidents sont réparties dans les différentes ailes du bâtiment. Une configuration d'accueil qui a conduit au regroupement de l'animateur et de l'éducatrice au sein d'un pôle « Vie Sociale » fonctionnant en mode inclusif. Autrement dit, sans aucun cloisonnement visible entre l'offre d'animation et celle de l'accompagnement éducatif mis en œuvre dans le cadre du projet, même si cet accompagnement implique le suivi individuel de chaque personne handicapée.

Par ce travail ethnographique, nous voulons mettre au jour les conséquences liées à l'introduction du paradigme éducatif dans l'institution gérontologique ; notamment son impact sur le personnel soignant, aussi bien en termes d'organisation, que de pratiques et de rapport au travail.

Comme l'écrit Henri-Jacques Stiker (2004) : « Dans la revendication de la reconnaissance de la pleine humanité, au-delà des apparences, les personnes âgées et les personnes handicapées ont une cause commune à promouvoir ». Nous faisons l'hypothèse que les soignantes[5] partagent également cette cause, dans un secteur médico-social

[5]La féminisation du secteur nous conduit à en parler au féminin, bien qu'un aide-soignant soit cité dans l'article

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

mis en tension par le sous-financement et la crise sanitaire ; la perte de sens corrélative du travail en miettes.

Souvent naturalisé par les familles et l'encadrement, ce travail reste au bas de l'échelle des soins, où culminent les fonctions thérapeutiques du « *cure* ». Difficile d'imaginer qu'elles puissent développer une expertise technique, ni encore moins, qu'on puisse apprendre d'elles. Dès lors, est-ce que l'admission de résidents « différents » peut servir de support à la formalisation de leurs pratiques, en termes d'intentions, de difficultés, de besoins et d'organisation ? Est-ce que l'hétéronomie des « PHV » redonne sens à l'*Autonomie*, telle qu'elle est définie dans le Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement (Sournia *et al.*, 1984)[6] et comme principe éthique fondamental (Beauchamp *et al.*, 1979) ? Si tel est le cas, est-ce que cette réflexivité peut être de nature à contrebalancer l'excès de technicisation à l'œuvre dans les EHPAD, avec des soins de nursing prodigués du lever au coucher, plaçant l'usager en situation de dépendance, et le soumettant à des relations qu'il vit comme asymétriques (Trépied, 2016) ?

Nous évoquons d'abord le processus de domestication instillé par l'inclusion des nouveaux arrivants, à travers la « Vie Sociale » (Charras et Cérèse, 2017). Ensuite, nous analysons le déploiement du lien d'accompagnement dans l'établissement : sous l'angle de la socialité secondaire et du contrat[7], puis sous celui de la socialité primaire et de la réciprocité du don (Fustier, 2015). Cette analyse nous permet d'introduire la transformation des normes professionnelles induites par les changements observés, ainsi que le renouvellement d'une déontologie interne à l'établissement.

1 Domestication institutionnelle

L'analyse des entretiens réalisés montre que la plupart des professionnels associent l'inclusion de personnes handicapées à un levier de la domestication institutionnelle ; c'est-à-dire à la possibilité d'une transformation visant à rendre l'institution « maîtrisable par l'Homme ».

1.1 La « Vie Sociale » comme creuset de la domestication

Pour Hervy et Vercauteren (2011), la principale mission de l'animateur d'EHPAD consiste à favoriser l'intégration des nouveaux résidents par une prise compte de la transition psychosociale (Jacques, 2020). Il doit adapter ses animations aux personnes, à travers le recueil de leurs « attentes » ; notion qu'ils opposent à celle de « besoin », associée, selon eux, à la standardisation des soins, à travers des outils conceptuels comme la pyramide de Maslow, ou les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, largement enseignés en école de soins infirmiers :

> *« […] La réalité vécue dans les établissements pour personnes âgées n'est pas seulement biologique ou hygiénique ; elle s'ancre dans la nature psy-*

[6] « Le droit et/ou la capacité d'une personne de choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir » (Sournia, J.-C., Wolf, N. et Depecker, L. (1984). *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement.* FRANTERM.)

[7] Et donc du rapport salarial en tant que structure sociale

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

chosociale de l'individu. Le désir varie en intensité et exprime, non pas un besoin, mais une attente formulée autour d'une demande ». (p. 134)

L'inclusion de « PHV » tend à renforcer cette approche relationnelle, car elle implique moins des adaptations devant les causes endogènes du handicap que devant ses causes exogènes : il s'agit de pratiques visant principalement à faciliter les transitions psychosociales et l'acceptabilité (Callon *et al.*, 2001) du handicap mental dans l'institution gérontologique :

« La Vie Sociale fait partie de cette dynamique un peu, de répondre aux attentes et de faire coïncider la réponse institutionnelle, aux attentes de la personne : que cette réponse soit plus "personnalisée" […] Nous, on complète parce que les attentes, elles, peuvent être pas du tout tournées vers le soin ni sur le lieu de vie » (Juliette[8], 29 ans, éducatrice spécialisée, en poste depuis le lancement du projet en 2020).

Fondée sur le lien d'accompagnement (Fustier, 2015), la pratique éducative, dans le contexte institutionnel que nous avons décrit, s'insère entre l'approche groupale de l'animateur et celle de la psychologue, plus individuelle. Les PHV investissent largement les animations auxquelles elles insufflent un nouveau dynamisme et qui leur procurent une structuration temporelle, des rôles et des expériences partagées. En retour, ces animations sont mobilisées par l'éducatrice, en tant que médiations (Rouzel, 2018, p. 82) dans sa relation aux résidents[9]. Une complémentarité qui permet de mieux recueillir leurs attentes ou de prolonger leur exploration.

Globalement, l'accueil de ce nouveau public renforce donc la capacité de l'établissement, non seulement à prendre soin des corps, mais aussi à prendre en compte l'identité de ses usagers : leur parcours, habitudes de vie, préférences… Un principe d'action théoriquement garanti par la mise en œuvre de de la loi de 2002[10], mais qui, trop souvent, n'est appliqué que pour l'accompagnement des personnes dont les fragilités nécessitent un surcroît d'attention.

Ici, le recrutement d'une éducatrice et la conversion du projet d'animation en projet « Vie Sociale » justifient l'achat d'un minibus pour les sorties, la mise en œuvre d'activités complémentaires de médiation animale, d'ateliers divers et de groupes de parole ouverts à tous les résidents. Une synergie qui prit tout son sens au plus fort de la crise Covid, puisqu'elle permit de renforcer l'accompagnement social des résidents confinés, avec ou sans handicap.

[8] Les noms et prénoms utilisés sont fictifs.

[9] « La tradition éducative, même si elle est récente, nous a transmis le terme « médiation » pour désigner l'espace de rencontre et d'activité dans lequel la relation éducative s'exerce, espace où se transmettent dans le creuset de la relation éducative un certain savoir et savoir-faire sur le monde et sur la vie en société »

[10] *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

1.2 L'accompagnement des transitions, véhicule de l'appropriation dans le temps, l'espace et les relations sociales

1.2.1 Dans le temps

Plusieurs différences importantes apparaissent en comparant les transitions psychosociales typiques propre à chacun des deux publics.

Alors que la durée médiane des séjours en EHPAD était de 18 mois en 2011[11], les bénéficiaires du dispositif UPHV sont « jeunes » (60 ans ou moins, sur dérogation), peu ou pas dépendants[12]. Ils ont donc toutes les chances de compter un jour parmi les plus anciens résidents, comme M. Brumel, arrivé bien avant l'UPHV, au décès de ses parents (2013) :

> *« Monsieur Brumel, qui est là depuis si longtemps qu'il fait partie des meubles, qui est arrivé avant le projet de Juliette, il est là pour tout le monde… C'est lui qui met la musique. C'est lui qui ferme les volets…qui prépare le loto. Il est chez lui, chez lui »* (Nicolas 32 ans, animateur, 7 ans d'ancienneté).

S'agissant des personnes âgées, l'entrée dans un établissement est rarement volontaire : souvent présenté par la famille comme « la moins mauvaise solution », sinon « la mieux adaptée » à leur état. Alors que, s'agissant des PHV, l'accompagnement des transitions par le projet éducatif prolonge le travail réalisé dans le foyer d'origine. Ce projet est en général soutenu par l'expérience de socialisations anticipatrices, comme des visites ou un accueil temporaire ; donc une intention d'avenir et une stratégie de transition favorables à l'intégration (Guichard et Huteau, 2006).

> *« Oui, je pense qu'on leur apporte vraiment un cadre dans lequel ils peuvent évoluer assez librement. Les activités, proposer des choses […] concrètement, je le vois bien quand certains s'ennuient, etc. De se dire "alors comment on faisait au foyer ? Qu'est-ce que je peux récupérer de ce qu'ils faisaient au foyer qui leur ferait du bien ?" Les rôles sociaux […] on a tous le souci qu'il soient bien ici, en comparaison avec là où ils étaient avant, qu'ils retrouvent des repères, des choses qu'ils aiment bien… »* (Juliette)

Selon Caradec et De Singly (2012), la satisfaction des personnes varie peu avec l'âge et la position sociale qu'elles occupent. Elle est, en revanche, fortement corrélée avec leur activité.

1.2.2 Dans l'espace

La pratique éducative tend à rompre avec l'uniformité des espaces. Comme l'animateur, l'éducatrice ne porte pas de blouse, par exemple, laquelle peut symboliquement

[11] Fizzala, A. (2017). Les durées de séjour en EHPAD – Une analyse à partir de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011. Les dossiers de la DRESS, n° 15.

[12] Au sens donné par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 : « l'état de la personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ».

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

renvoyer au pouvoir de l'institution, s'exprimant à travers le contrôle de l'espace, des flux et des corps ; situant l'usager à la place du patient, et imposant de ce fait les normes sanitaires dans le quotidien.

L'étayage éducatif des personnes consiste au contraire à s'assurer chez elles d'une bonne compréhension du statut des lieux où elles se trouvent (social, collectif, intime). Par exemple, on peut rester en peignoir et chausson sur l'unité, mais on s'habille pour aller au « restaurant » ; c'est-à-dire dans la grande salle à manger. Les résidents PHV sont habitués à vivre en institution. Autrement dit, sociabilisées à travers les normes d'une structure sociale régie par la réciprocité du don. Un éthos qui les rend particulièrement solubles dans la vie de l'EHPAD, comme le démontre, par exemple, l'étude réalisée en 2013 par les médecins conseils du département de la Vienne[13], confirmée par nos matériaux :

> *« […] C'est vrai que ça doit être agréable de descendre et d'avoir déjà trois ou quatre personnes-là qui, finalement, ont déjà commencé leur journée, vous disent bonjour et que c'est une vie : ils allument la télé, ils sont à l'accueil […] on a aussi un Monsieur Henry qui, pour lui, est très en forme, très jeune, et qui met un point d'honneur à aider "les personnes handicapées", donc il vient très vite raccompagner les gens en fauteuil. Mais je pense qu'au-delà du fait d'être gentil et serviable, ça lui donne un rôle d'utilité »* (Juliette).

Les PHV, comme M. Henry, trouvent une place dans les échanges du quotidien, au point de considérer qu'elles sont « chez elles » jusqu'au portail de l'établissement, alors que les personnes âgées situent davantage cette limite au seuil de leur chambre, par exemple. Une appropriation de l'espace qui s'inscrit également dans la durée, quand elles participent avec beaucoup d'avance à la mise en place d'une animation, donnant l'illustration de ce qu'Hervy et Vercauteren[14] appellent une « attente active » :

> *« Et puis, l'attente aussi pour moi, leur permet de faire venir aussi les autres vers eux. C'est à dire que en installant le loto, des personnes vont s'installer et du coup, on va créer des interactions. Quand on fait venir la petite boutique, c'est sympa parce qu'il y a le directeur qui passe… "Tu as vu ? C'est moi qui l'ai fait". Et du coup, Mme Pech va venir… Ils peuvent parler entre eux… C'est des moments d'échange »* (Nicolas).

1.2.3 À travers les relations sociales

Avec les personnes âgées : entraide et activités projetées

Cette appropriation de l'institution par le cycle des dons et des contre-dons rencontre par ailleurs une évolution marquée chez les personnes âgées vers des attentes comme « transmettre », « être utile », « échanger avec les autres générations ». Par exemple,

[13] Avenant au Schéma de l'Autonomie de la Vienne 2015-2019 (p. 132-147).
[14] *Op. Cit.*

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

certaines activités initialement conçues pour les PHV attirent autant, voire plus de personnes âgées, chez lesquelles s'observe de toute façon une forte demande d'accompagnement social.

Les activités qui conviennent le mieux aux deux publics sont dites « projetées ». Elles ont pour points communs, le fait d'être des pratiques sociales connues, mobilisant un savoir-faire ; une forme de réciprocité, donc des rôles permettant d'éprouver le sentiment d'une utilité sociale, comme la couture, le tricot, la cuisine, le jardinage, les soins aux animaux. Soit un ensemble de « mondes sociaux » (Caradec *et al.*, 2012) qui tous convoquent la représentation d'un travail domestique, rapprochant symboliquement l'EHPAD d'une maison :

> *« Enfin, je trouve que là, Mme Papin, à chaque fois qu'il y a de la couture, tout de suite, elle demande qui a besoin de quoi. Et puis, elle amène sa petite trousse et c'est très familial. Il y a vraiment un côté "détente", "entraide" qui marche encore mieux qu'à l'atelier manuel. Il y a vraiment un côté heu… "Bon. On est à la maison et on fait ensemble. Donne-moi tes chaussettes". C'est génial ! »* (Juliette).

Avec les soignantes : appropriation des soins et réappropriation du travail

Parce que nous lui déléguons la responsabilité des soins dus à nos aînés, l'EHPAD inclut un rapport marchand dans la relation d'une fille ou d'un fils à ses parents ; donc la dépossession de salariés vis-à-vis du contenu, des outils et du produit de leur travail. Comme l'a rappelé le livre de Victor Castanet (2022), le sous-financement de la « dépendance », est la cause d'une rationalisation quasi industrielle des soins : division et standardisation des tâches ; faible attractivité ; instabilité des effectifs… un tableau social peu propice à l'interprétation des échanges par le don.

Par exemple, la simple coexistence, dans l'organigramme, d'un pôle « Vie Sociale » et d'un pôle « Soins », pourrait laisser croire que la vie sociale est absente des soins et vice et versa. Or, comme l'écrivent Van Der Linden et Juillerat (2014) :

> *« Il ne suffit pas de fournir le meilleur service hôtelier possible, le meilleur "hôtel médicalisé" possible […]. Ce que les personnes âgées appellent de leurs vœux, c'est un lieu de vie dans lequel elles ont le sentiment d'être reconnues dans toutes leurs dimensions […] d'avoir le contrôle sur leur vie et donc de pouvoir prendre leurs propres décisions et d'être directement impliquées dans les décisions relatives au fonctionnement quotidien, d'appartenir à une communauté et de se sentir chez elles »* (p. 172).

Un changement de culture auquel les UPHV semblent pouvoir contribuer. D'abord parce que, dans le dispositif observé, la « Vie Sociale » atteint la masse critique nécessaire pour infuser de nouvelles pratiques. Ensuite parce qu'au contact des nouveaux résidents eux-mêmes, les soignantes doivent apprendre à s'appuyer davantage sur leurs compétences (Boullet et Orville, 2015).

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

Il s'agit de « faire avec » et non plus « à la place » ; et donc renoncer au rôle d'expert de leurs besoins pour se positionner en soutien d'une autonomie plus conforme à la définition du dictionnaire[15] qu'à celle donnée en creux par la grille AGGIR[16]. On passe ainsi d'une valeur purement technique des soins justifiés par l'incapacité des personnes, à l'efficacité symbolique d'une action globale (Thouvenot et Meirieu, 1998), intégrant leurs potentialités, leurs attentes et donc leur identité.

Une approche plus relationnelle qui passe notamment par l'élargissement ponctuel de la « Vie Sociale » aux infirmières et aux aides-soignantes à l'occasion de sorties, comme un spectacle, un pot en ville, une séance de médiation animale…

> *« Je pense un peu, parce que c'est un partage, en fait, d'un moment, donc, c'est plus uniquement "effectuer un soin", quelque chose de très "standardisé", "protocolisé". Du coup, il se passe d'autres choses et je pense que oui, je pense que c'est hyper important parce que du coup, même ces moments qui sont ponctuels vont amener, déjà dans l'avant, à se projeter vers un projet ensemble, de pouvoir en reparler ensuite, et de se demander ce qu'on aimerait faire ensemble la prochaine fois […] Vous vous souvenez ? On a fait ça l'autre fois… Bon allez, on va à la douche »* (Juliette).

Ces temps partagés agissent comme une discrète remise en question du « travail marchandise »[17], conduisant à réinterroger le sens et le contenu du travail : qu'est-ce que soigner veut dire ? Est-ce qu'on est moins soignant sans sa blouse ? Est-ce que la vie sociale c'est du soin et réciproquement ? Est-ce qu'une autre réalité est possible que celle d'un travail entièrement programmable et technique pour prendre soin des personnes ?

Cette expérience du lien d'accompagnement implique un double processus pour les soignantes :

- Une appropriation professionnelle sous-tendue par l'intégration d'un public différent. La transmission, l'élaboration et le réajustement de nouvelles pratiques liées à cette intégration, ainsi qu'à l'introduction du paradigme éducatif ; avec l'arrivée au sein de l'équipe d'une profession jusque-là complètement inconnue (une éducatrice spécialisée). Ces changements s'inscrivent dans le cadre d'une professionnalisation, qui peut s'analyser au regard du modèle développé par Richard Wittorski (2007).

- La réappropriation d'un travail dont la marchandisation fait débat dans la société, avec le desserrement du lien de subordination donnant l'exemple (discret)

[15] *Op. Cit.*

[16] Grille d'évaluation du niveau de dépendance dont dépend l'enveloppe allouée à l'établissement par le département : « Autonomie Gérontologique, Groupe Iso-Ressources » (www.grille-aggir.fr)

[17] Conçu comme un moyen de production quantifiable, prévisible en termes de coût, de durée, de tâches, et donc impersonnel, par effet de système. (Marx, 1849).

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

d'une domestication des valeurs dans l'institution. Cette transformation correspond à la résurgence de normes sociales traditionnelles rendues jusque-là invisibles par le modèle économique et le sous-financement des EHPAD.

Appropriation et réappropriation sont deux aspects complémentaires d'un régime d'échanges dual propre au lien d'accompagnement. Pour Paul Fustier (2015), une institution médico-sociale est à la fois une entreprise, régie par les règles du contrat : contrat de travail et lien de subordination côté professionnels ; contrat de séjour et projet personnalisé côté usagers. En même temps qu'elle est une « communauté » au sens préindustriel ; c'est-à-dire une structure sociale régie par la triple obligation de donner de recevoir et de rendre les dons, comme l'ont montré les travaux de Marcel Mauss (1925) portant sur les sociétés traditionnelles. Nous proposons pour chacun de ces deux axes une analyse visant à mesurer l'impact sur le travail des soignantes d'une implantation d'UPHV.

2 Socialité[18] secondaire : professionnalisation et développement professionnel

Comme 24 % des EHPAD en France, l'établissement enquêté est à but lucratif. Il appartient à un petit groupe de deux maisons de retraite dans une ville d'environ 70000 habitants. Son taux d'encadrement est supérieur à la moyenne nationale qui était de 57 % (segment lucratif privé) en 2015[19]. De l'avis de tous les professionnels interviewés, les conditions de travail y sont plutôt meilleures qu'ailleurs, notamment parce qu'à l'exception des 8 places éligibles à l'aide sociale, créées pour accueillir les PHV, la tarification de l'hébergement n'est pas encadrée. Concrètement, les résidents « ordinaires » payent environ 300 euros de plus par mois que dans la moyenne des établissements du département, dégageant des marges de manœuvre pour une approche plus qualitative du travail, à travers la mise en œuvre de projets innovants[20], comme celui de cet accueil inclusif.

2.1 Côté direction : une offre de professionnalisation

Cette UPHV mobilise les compétences des salariés, qu'il s'agit de « flexibiliser », pour répondre aux insuffisances du travail prescrit : « *développer une nouvelle forme de performance centrée sur le service rendu aux clients […] mobiliser des ressources spécifiquement humaines de raisonnement et de décision* », comme l'écrit Richard Wittorski[21].

[18] « Les pratiques du travail social procèdent de deux socialités antagonistes : la socialité primaire et la socialité secondaire. La première relève de « l'échange par le don » (Marcel Mauss), la seconde de l'échange marchand. » (Fustier, 2015, p. 20)

[19] *Le taux d'encadrement dans les Ehpad : ses déterminants et ses alternatives.* Les dossiers de la DREES, n° 68, décembre 2020

[20] « L'innovation sociale consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché et des politiques sociales, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers » (https://www.avise.org/decouvrir/innovation-sociale/innovation-sociale-de-quoi-parle-t-on)

[21] *Op. Cit.*

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

- « Je me dis que l'arrivée d'un public handicapé, avec une nouvelle façon de fonctionner, d'autres besoins, d'autres attentes qui, pour certains, sont peut-être plus capable de dire et de demander certaines choses. Ça peut changer les pratiques aussi, et donc par irrigation, permettre de lâcher du lest sur la prise en charge des personnes âgées. Voilà, il faut laisser tomber le chrono, d'autant plus qu'on a complètement modifié les plannings, ça fera trois ans à la fin de l'année, pour laisser plus de temps l'après-midi, avec plus de soignants, pour que ce qui n'a pas pu être fait le matin, soit fait l'après-midi, et qu'on puisse travailler tranquillou…

- Le plan de soins, quoi ?

- Ouais, ouais, c'est compliqué. C'est plus qu'un plan de soins, parfois, c'est presque un carcan de soins… Elles ont du mal à sortir de ça… Je n'ai jamais compris pourquoi. Si le soin n'est pas fait, je pense qu'elles estiment ne pas avoir fait le boulot. Or, il y a d'autres soins que le soin technique, l'arrivée des personnes handicapées, justement, peut éventuellement permettre de faire le déclic.

- Donner un autre sens aux soins ?

- Oui, complètement, mais c'est un combat de longue haleine. » (M. Laurent, 57 ans, directeur depuis 10 ans)

Rompre avec ce que M. Laurent appelle le « carcan de soin » implique la « mise en mouvement » des soignants par la proposition d'un dispositif de professionnalisation visant une montée en qualité dans la prise en charge. Il s'agit d'un choix managérial visant à modifier le sens donné à leur travail par les acteurs, comme le déploiement de nouveaux horaires d'après-midi, permettant de répartir les toilettes sur la journée, ou bien le remplacement des blouses pour l'ensemble du personnel : du blanc à la couleur, afin de se démarquer davantage de l'hôpital. L'accueil de jeunes retraités issus de foyers pour adultes allège la charge en soins techniques, mais mobilise davantage les compétences relationnelles. Il est surtout synonyme d'un travail non programmable :

« Il y a un truc qui m'avait marqué. J'avais observé dans un établissement les soignants qui faisaient tel acte, tel geste pour passer d'une chambre à l'autre. Je les avais regardé faire et j'avais regardé ma montre. Elle ne regardait jamais la leur de montre… Tous les jours à la même heure : clac, clac, clac… C'étaient des métronomes les filles… Effrayant ! »

Qu'est-ce que « soigner » veut dire ? Cette question n'est bien-sûr pas circonscrite à l'intégration de personnes en situation de handicap, mais renvoie au contrôle et à la maîtrise de sa vie et de son environnement (Moser, 2009) ; c'est-à-dire à l'autonomie réelle des résidents d'EHPAD, plutôt qu'aux incapacités sous-tendues par leur niveau de dépendance. M. Laurent pense qu'une UPHV tend à renforcer la réponse institutionnelle face au besoin fondamental d'« habiter » avant d'être « pris en charge ». Selon lui, ce dispositif conduit à repenser l'utilité sociale de son établissement, en même

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

temps qu'elle conforte la démarche qualité ; si par « qualité » on entend : « … L'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressées »[22].

Il s'agit donc d'un processus de transformation dans l'entreprise[23], visant à garantir un niveau de prestation… Le directeur se positionne en entrepreneur du médico-social, efficace et conscient des enjeux propres à son secteur d'activité :

> *« En fait, j'en ai un peu marre d'entendre que les EHPAD sont des "mouroirs". Enfin, ça change, mais il y a encore des médias qui s'engouffrent dans cette brèche pour faire de l'audience. La "maltraitance", les machins qui tournent en boucle depuis des années et des années […] Et justement, l'arrivée de personnes handicapées, je trouve que ça peut un peu booster, dynamiser l'image d'un EHPAD, pour montrer que ça peut être une entreprise qui évolue avec son temps, qui est moderne… Qui peut être "jeune", même si le public n'est pas jeune… »* (Propos recueillis début novembre 2021).

D'ailleurs, l'établissement tire d'ores et déjà bénéfice du projet, en termes de visibilité dans le département :

> *- « Au Département, je ne sais pas si vous savez, jeudi dernier, il y avait une réunion pour présenter un point d'étape sur l'avancée du schéma, les objectifs. Donc là, on est dans la dernière année. Donc vous avez un point d'étape sur les quatre grands axes […] Et en fait, dans la présentation, le Département est revenu sur notre projet. Mais alors, ils nous ont encensés comme jamais. Je ne l'ai pas vu venir… Le vice-président, c'est la seule fois où il est intervenu. Alors, c'est un administrateur d'association gestionnaire, donc il connaît le sujet. Il y est attaché. Forcément, ça aide. Mais voilà, il a été ravi. Voilà qu'un projet, comme celui-ci, d'UPHV puisse naître sur le département, et de voir les effets positifs qu'il y a ».*

2.2 Du côté des soignantes : un cas de développement professionnel

À cette intention de « mise en mouvement » des soignantes, répond le développement d'un process d'action dans ce dispositif pour les salariés. Cinq voies de professionnalisation sur les six identifiées par Wittorski (2007) trouvent ainsi leur illustration à travers l'impact lié l'implantation du dispositif.

2.2.1 Professionnalisation par logique de l'action

> *- « Pour toi, j'ai l'impression que c'est une sorte de jeu.*

[22] Définition donnée par l'International Organisation for Standardisation (ISO), citée par Jean-René Loubat dans son livre consacré à la démarche qualité : Loubat, JR (2009). La démarche qualité en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod

[23] L'entreprise est la plus petite combinaison d'unités légales qui constitue une unité organisationnelle de production de biens et de services jouissant d'une certaine autonomie de décision, notamment pour l'affectation de ses ressources courantes, selon l'INSEE (www.insee.fr)

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

- Oui, c'est un petit peu ça. C'est comme un jeu. Savoir gérer chacun leurs caractères différents. Alors que les personnes âgées dépendantes, c'est malheureux à dire, mais c'est souvent à peu près le même style de façons de faire, parce qu'après ils sont imprévisibles, ils ont leurs démences, mais…

- C'est plus automatique pour les personnes dépendantes ?

- Alors que c'est plus dans l'échange, plus le côté ludique, entre guillemets, avec les PHV. » (Stéphane 34 ans, aide médico-psychologique, 10 ans d'ancienneté dans l'EHPAD)

Stéphane retrouve une situation de travail qui lui est connue, mais l'intégration d'un nouveau profil d'usager introduit de petits changements qui le stimulent, car il doit ajuster sa façon de faire. Il peut s'agir d'improvisations sophistiquées relevant d'une intelligence du contexte, ou d'une nouvelle combinatoire dans l'action.

2.2.2 Professionnalisation par logique de réflexion et d'action

- « Et du coup, j'imagine que s'il y a des ruses, il y a des trucs. Vous en parlez avec tes collègues ? Comment ça se passe ?

- Ben, c'est entre nous, en fait, en transmissions notamment. On en parle entre nous. Et puis après, ça donne des idées, des pistes. Et puis Juliette aussi. Chacun apporte sa pierre à l'édifice entre guillemets […] Quand il y a une difficulté ou des choses à faire, à mettre en place ; quand il y a eu un événement particulier. » (Stéphane)

Dans certaines situations, il arrive que les façons de faire habituelles ne permettent pas au soignant de surmonter une éventuelle difficulté, ce qui le conduit à déployer des stratégies de recherche d'information. Entre savoirs recueillis et tentative de les mettre en application, Stéphane et ses collègues construisent un process d'action « mentalisé » dans la mesure où il fait l'objet d'une prise de conscience. Ce cas de figure est assez inhabituel en EHPAD, où l'essentiel de l'activité est réglé par le plan et les procédures de soins. Cette voie de professionnalisation fait explicitement appel aux qualités d'initiative et d'innovation.

2.2.3 Professionnalisation par logique de la réflexion sur l'action

- « Et du coup, la question que je me pose, c'est est-ce que pour toi, l'accueil de ces personnes dites « handicapées » ça tend à renforcer l'approche relationnelle dans ton travail ?

- Ben oui, surtout avec les personnes handicapées. Parce qu'ils étaient dans les foyers avant, donc ils faisaient beaucoup plus de choses. Alors que là, ils viennent dans un EHPAD, où Il y a des gens qui sont plus âgés et qui sont plus handicapés qu'eux « physiquement » et donc, c'est sûr que. Ce n'est pas facile pour les deux côtés quoi, donc, le relationnel joue énormément. Mais après quel… Faut, faut doser, mais comment ? Être dans le relationnel, vraiment intime, ou… On ne sait pas trop.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

- En tout cas, ça t'oblige à réajuster à chaque fois selon les personnes et selon les situations, peut-être. Donc, ça oblige à réfléchir à la relation qui s'instaure avec les personnes. Alors que, peut-être qu'ailleurs, tu serais sur un mode automatique ou en tout cas, tu te poserais moins de questions ?

- Ben ouais, carrément, pour chaque personne handicapée, il y a cette réflexion pour savoir comment… Quelle approche je dois avoir avec elle, pour faire du soin quoi. » (Elodie, 26 ans, Aide-Soignante diplômée depuis 5 ans, 2 ans d'ancienneté sur le poste)

Elodie analyse rétrospectivement son action pour la comprendre ou la transmettre. À cette occasion, elle prend conscience des principes qui guident son action et développe une « compétence de processus », qu'elle mobilise aux transmissions, offrant l'illustration de ce que Philippe Chaize (2015) appelle « une clinique du doute » ; c'est-à-dire un processus itératif de mise en débat, d'élaboration d'un consensus et de mises à l'essai, croisant les compétences dans l'équipe.

2.2.4 Professionnalisation par la logique de la réflexion pour l'action

- « Et du coup, au fil des transmissions, ces trucs, ces savoir-faire et connaissances sur le profil des personnes, est-ce qu'au fil du temps, avec la succession des transmissions et des échanges avec tes collègues, ça finit par constituer une compétence supplémentaire au niveau de l'établissement ?

- Ben oui. Si on a décidé de travailler en équipe. On est une équipe, donc on doit être unis et faire face aux difficultés ensemble […] Oui, clairement, ça a changé. » (Elodie)

Les transmissions, dans cette perspective, permettent de définir par anticipation, les nouvelles manières de faire en vue d'être plus efficace : ce que Falzon (1993) appelle les « activités méta-fonctionnelles », puisqu'elles ne sont pas directement tournées vers la production immédiate, mais plutôt destinées à une utilisation ultérieure visant à faciliter l'exécution de la tâche ou en améliorer la performance.

2.2.5 Professionnalisation par logique de traduction culturelle par rapport à l'action

Il s'agit des situations de travail pendant lesquelles Juliette, l'éducatrice, accompagne les soignantes dans la réalisation de leur activité, non seulement pour leur transmettre des explications, mais surtout pour mettre à distance et modifier les façons de voir l'action, en impulsant le changement attendu par la direction :

- « Je vais aller voir Juliette quand il y a des soucis par rapport aux PHV.

- Du coup, comment tu vas faire ? C'est elle qui vient te trouver ? C'est toi qui vas la trouver ?

- C'est moi qui vais devoir expliquer le problème et on en discute. Après, elle me dit ben tu peux essayer d'agir comme ça, ou comme ça. » (Linda, 52 ans, faisant-fonction d'aide-soignante depuis 9 ans)

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

On le voit, une UPHV peut être considérée comme un dispositif de professionnalisation, combinant les différentes voies définies par Wittorski : tandis qu'habituellement, l'essentiel de l'activité est réglé par le plan et les procédures de soins, le management par projet « autorise » le travail non prescrit pour gérer des problèmes nouveaux. Ce dispositif met l'EHPAD en configuration « adhocratique », dans la mesure où les acteurs ont la possibilité de gérer l'indétermination, ce qui implique le desserrement du lien de subordination, ouvrant sur davantage de pouvoir d'agir (Jouffray et Étienne, 2017) et de réciprocité ; sur des éléments aussi utiles à l'innovation qu'à la qualité de vie, comme l'initiative, l'intuition, l'expérience… la formalisation collective du travail et donc la créativité.

3 Socialité primaire : la réappropriation du travail

À cette lecture concrète de l'institution-entreprise, tournée vers la performance, régie par le rapport salarial et donc par le contrat, s'ajoute la lecture symbolique d'une institution-communauté, animée par l'économie du don. Pour Paul Fustier (2015), cette interprétation par le don « créer » le professionnel en « l'inventant » donateur dans l'esprit des « bénéficiaires ». Elle ouvre aussi sur d'autres motivations que celles contenues dans la rationalité d'objectifs organisationnels ou stratégiques.

3.1 Côté direction : contre-don narcissique et enrôlement

Le verbatim de l'entretien réalisé avec M. Laurent montre, par exemple, qu'il n'est pas insensible aux félicitations du Conseil Départemental, qu'il interprète probablement comme un contre-don narcissique : une forme de reconnaissance au travail (Honneth *et al.*, 2008) devant les efforts consentis par son établissement en matière d'« offre » de service.

Dans ses portraits de directeurs, Francis Lebon (2014) montre que si la satisfaction au travail repose avant tout sur le fait d'« être utile à la population cible » et sur « les indices perceptibles du service rendu » (p. 149). Elle repose aussi sur le fait de mettre en place des actions dont on peut s'attribuer la paternité ; le fait d'« aller de l'avant », d'être créatif, ou bien de transcender par de « petites victoires » la disqualification ou la vulnérabilité des publics.

Moins propice au discours vocationnel qu'à la définition d'un travail « normatif », l'environnement d'un EHPAD lucratif privé n'empêche pas ce directeur de renouer avec une certaine forme de « militantisme ordinaire » à travers le projet d'une UPHV. Une réappropriation discrète du travail, mise en abyme par la croyance dans le projet en tant qu'outil de mobilisation des soignants, car comme l'écrit Lebon :

> *« Les cadres doivent saisir des intentions, sentir en quelque sorte le vent du changement. Leur travail de cadrage doit éclairer, donner une orientation, il faut être visionnaire »* (p. 147).

On l'a vu, « l'appel aux compétences » et la « flexibilisation » des salariés par le projet impliquent sinon une cogestion, du moins leur participation. Elles convoquent diverses préoccupations relatives au sens et au contenu du travail, qui font du cadre un di-

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

rigeant « politique », chargé de fédérer à partir de cette diversité. Sous cet angle, il faut souligner que l'inclusion de personnes handicapées dans l'EHPAD est investie d'une valeur propre, mais peut-être surtout d'une valeur instrumentale, puisqu'elle sous-tend l'adhésion des soignantes à une organisation et des normes qu'elles ont elles-mêmes contribué à définir. Alors que la quasi-totalité des EHPAD est confrontée à des difficultés de recrutement[24], M. Laurent doit rendre son établissement plus attractif en proposant des satisfactions intrinsèques à l'activité :

> *- Il y a là une forme de reconnaissance en acte ?*
>
> *- Oui, ça compte, mais c'est tout bête… Une soignante, je ne sais pas moi, qui croise quelqu'un en ville qu'elle connaît… « Je bosse à l'EHPAD » … « Ah oui ? C'est bien là-bas », ben, ça fait chaud au cœur. Aujourd'hui, je ne suis pas sûr que ça existe. C'est vrai, c'est un peu aussi casser, à notre échelle évidemment, l'image que peut avoir l'EHPAD auprès du grand public.*
>
> *- Du fait de cette crise des vocations on peut se dire aussi qu'il y a une forme de concurrence du point de vue des recrutements sur le bassin d'emploi ?*
>
> *- Clairement, si on ne se démarque pas, ça va devenir difficile, hein. Quand sur un établissement les soignants entendent dire que c'est sympa, que c'est dynamique, on fait de belles choses… Ben, ils ont tendance à vouloir venir ici. »*

Par les transformations qu'il engage, l'accueil de ce nouveau public a toutes les chances de procurer cette reconnaissance au travail, propice à l'enrôlement et à la fidélisation des soignantes. D'abord, parce qu'un tel projet donne un but fédérateur, celui de l'inclusion (Gardou, 2012), autour duquel ces professionnelles composent leurs puissances d'agir. Ensuite, parce que, l'hybridation des pratiques et le repositionnement des soins favorisent la domestication du travail.

À la dépossession du « travail marchandise » succède ainsi pour les soignantes la réappropriation d'une vie sociale dans l'établissement, à la manière de Potere Operaio, le mouvement ouvrier italien du début des années 1970. Inspiré par la pensée marxiste, l'opéraïsme voulait rendre le pouvoir à « ceux qui font » par la prise de contrôle de l'outil de production, mais surtout par l'institution de nouvelles normes dans l'entreprise, en tant que structure sociale.

3.2 Du côté des soignantes : « *Potere operaio* »

L'introduction du paradigme éducatif et l'expérience du travail auprès de ressortissants de foyers pour adultes handicapés, « autorise » le lien d'accompagnement plus qu'elles ne le créer, dans la mesure où elles rendent visible une interprétation par le don jusqu'ici largement escamotée par la rationalisation et la division des tâches.

[24] Études et résultats, DREES, 2018

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

Cette expérience du lien d'accompagnement bouscule les normes sanitaires établies, dont on peut saisir l'indice dans la sanction sociale reçue régulièrement par l'éducatrice au lancement du projet :

> *« Aussi parce qu'on sent une sorte de clivage entre les soins et la vie sociale… Bon ça reste présent, mais j'ai l'impression que ça s'estompe un peu : le côté, "bah vous, à la vie sociale, c'est sympa quoi, d'aller prendre un café" Encore hier, on m'a dit "oh bah, ça va : la semaine dernière tu vas à la piscine, là tu vas au resto […] moi aussi, je voudrais être éduc'…". C'est un peu comme l'animateur : "Oui, ça va, c'est bien le loto, tranquille… Elle est pas mal ta journée". Donc, on a ce côté-là, mais qu'on peut imaginer si on se met à leur place, où la journée est très, très "comptée", que le temps est très compté et qu'il y a plein de choses à faire : que des choses vraiment très concrètes de soin. On est sur autre chose que nous qui proposons… Je ne sais pas comment dire… »* (Juliette).

Pour Eirick Prairat (2014), l'attachement à la norme s'explique par le fait qu'elle répond à une fonction qui règle un problème :

> *« La norme permet d'ajuster les conduites et de coordonner les interactions. Elle propose un balisage concret et simple de la vie quotidienne et libère chacun d'entre nous de l'anxiété d'avoir toujours à choisir. En ce sens, la norme sécurise par son travail de prédéfinition des rôles et des usages ».*

Si on considère le manque de temps et l'instabilité des effectifs soignants dans un contexte de sous-financement, l'approche technique du soin règle effectivement un problème important qui est celui du calcul de la dette ; autrement dit, le fait d'avoir à justifier devant ses collègues le temps « relationnel » passé avec un résident, quand la durée moyenne d'une toilette dépasse rarement vingt minutes :

> *- « C'est pour ça qu'ils disent à l'école qu'il faut pas s'attacher… Qu'il faut mettre des barrières, parce qu'après c'est trop difficile. Derrière des barrières, après, on ne reste pas « humain », on est un peu comme des robots, je trouve. Déjà en maison de retraite ce n'est pas très bien réputé, parce qu'il y a toujours un manque de personnel. Il y a toujours beaucoup plus de résidents qui ont beaucoup besoin d'aide. Donc on travaille un peu à la chaîne. »* (Elodie)

Ces normes sanitaires sont d'ailleurs elles-mêmes adossées aux exigences du Diplôme d'État d'Aide-Soignante (DEAS), pour lequel Anne-Marie Arborio (2021) a récemment montré que les connaissances et raisonnements spécifiques à l'univers médical restent les plus discriminants à l'occasion d'une VAE. Une exigence qui tend à imposer l'acception technique des soins en tant que norme dominante, puisqu'en dernier ressort les AS diplômées ne doivent leur statut qu'à la codification de ces attentes et

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

prescriptions techniques, alors que les « faisant-fonction » n'aspirent qu'à s'y conformer afin d'obtenir un reclassement par l'accès au diplôme.

En résumé, le sous-financement et la configuration du diplôme se conjuguent pour imposer aux EHPAD des normes issues de l'hôpital. Or si ces normes répondent à une fonction, elles imposent aussi une contrainte à l'ensemble des salariés, AS diplômées comprises :

> - *« Le soin, pour moi, ça passe après le relationnel et le bien-être de la personne. Il faut qu'elle soit bien en termes d'hygiène ok, ça c'est comme tout le monde, mais au niveau de leur moral et ben, en gagnant leur confiance, on fait beaucoup de chose […] même si à l'école on te dit qu'il faut mettre des barrières. […] Parce qu'il y en a certains, ils n'ont pas de famille. Du coup, ils voient que nous, et donc ils créent forcément un rapprochement avec leurs familles : les petites filles, les mères, les pères. Et en fait, on rentre toujours, même si on ne veut pas entrer, on rentre toujours dans cette…*
>
> - *Dans l'intimité des personnes ?*
>
> - *Exactement. »* (Elodie)

Une doxa hospitalière battue en brèche par le projet d'inclusion de PHV. Pour des raisons concrètes qui tiennent à son mode financement, au profil de personnes faiblement dépendantes – et donc au découplage entre niveau de dépendance et financement – mais aussi pour des raisons plus symboliques, tenant au statut de l'expérience des soignants dans cette inclusion.

Pour Zeilter et Barbier (2012), cette expérience est « à la fois cognitive, conative, affective et incarnée ». Elle est donc le principal vecteur d'une appropriation du travail, car à travers elle, les soignants sont conduits à établir des liens entre leurs actions et leurs conséquences, leurs expériences antérieures, présentes et ultérieures… Un processus de « mise en sens » *pour* la pratique, mais surtout *dans* la pratique d'accompagnement, renversant à peu près terme à terme l'équation normative que nous avons décrite :

> *« C'est parce que l'expérience a été vécue qu'elle présente une valeur adossée à une efficacité pragmatique (vs. l'énonciation d'un savoir attesté par sa valeur de vérité) ; l'autorité de l'expérience est conférée alors par la pratique contre la théorie. »* (p. 108)

Autrement dit, l'expérience du travail auprès des PHV, parce qu'elle fait prévaloir la pratique sur la théorie, est de nature à remettre en cause la place des connaissances et raisonnements spécifiques à l'univers médical et, partant, la norme autour des « soins techniques » dans l'EHPAD :

> - *« Ils sont spontanés. Moi, j'aime bien. Ça bouscule un peu tout ce qui a été créé : ce qu'on doit faire, ce qu'on ne doit pas faire, ça bouscule*

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

tout. Parce que ceux qui font… Par exemple, les cours… Et ben, qu'ils viennent sur le terrain, voir ce qui est la réalité en fait, puisque ce qu'on nous apprend, ben c'est faux et je trouve ça dommage qu'on apprenne des choses fausses et qu'on arrive, on est un peu perdus quoi.

- Alors, peut-être qu'on peut apprendre des choses sur le terrain ?

- Mais on apprend tout sur le terrain ! (Rire) Non, mais on apprend pas mal de choses qu'on ne pourrait pas apprendre en cours. » (Elodie)

On l'a vu, ce travail implique une part de « bricolage » conduisant à la formalisation de nouvelles pratiques professionnelles : des « zones pré-formelles d'expérimentation » dépassant le travail prescrit, comme l'écrit Pascale Molinier (Molinier, 2010, p. 139) ; des « zones grises », où le sens reste en partie indéterminé et où chacun mobilise des ressources personnelles de nature à faciliter l'appropriation (l'incorporation d'un savoir et de compétences à partir de l'expérience).

3.2.1 Relations épaisses

- « J'adore le week-end, quand ils sont réunis dans une chambre qu'ils regardent des films et tout… Je passe, je sais qu'ils sont ensemble, je fais exprès, je vais les emmerder un petit peu. Enfin, voilà. J'adore ça. J'adore les embêter. Là, je suis allée à la piscine avec Mme Lévêque et M. René.

- Alors du coup, est-ce que ces temps-là, c'est des temps que tu situes dans le travail ou hors du travail ? Ou dans un temps un peu… Pas tout à fait entre le travail et le « pas travail ». Tu vois ce que je veux dire ?

- C'est entre les deux parce que je suis quand même sur mon lieu de travail.

- Mais on peut se dire que ces temps-là, qui sont consacrés aux loisirs, à l'animation, tout ça, ils sont nécessaires à la bonne santé des personnes. Il n'y a pas que l'hygiène dans la vie et donc, du coup, c'est aussi du soin, non ?

- Oui, c'est du soin de confort. » (Linda)

Linda hésite à classer ce type d'accompagnement comme partie intégrante du travail, dans la mesure où ce qu'elle appelle les « soins de confort » n'est pas prescrit et fait donc exception au « travail marchandise » prévalant pour les soins d'hygiène et les repas ; autrement dit, pour l'essentiel du plan de soins. L'inclusion des personnes handicapées légitime des pratiques qui, sans elle, risqueraient d'enclencher le calcul de la dette dans l'esprit des collègues de Linda.

Souvent perçue par la hiérarchie comme une forme de familiarité nuisible au professionnalisme, cette appropriation du travail relève de ce que Pascale Molinier appelle une « activité subjectivante », nécessaire pour s'occuper avec soin des résidents (Molinier, 2020, p. 135). Il s'agit de créer avec eux des « relations épaisses », les situant symboliquement dans la sphère familiale et domestique.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

3.2.2 Caring Populaire

> *- « Avant d'arriver ici, j'ai fait beaucoup de stages en maisons de retraite et les filles me disaient il faut faire comme ça, comme ça, comme ça… Et moi je leur disais, mais moi je ne ferai jamais ça ! Jamais ! Impossible… Imagine, c'est ta grand-mère, ton grand-père ou ta mère ou ton père […] Jamais ! Dans ma nature, je suis pas comme ça. Je suis là pour épater la galerie, amuser, rigoler tout le temps… Danser, chanter… Je sais chanter ! »* (Elodie)

Elodie fait état de dispositions « naturelles » qu'elle assimile à une ressource, plutôt qu'à la négation de sa qualification d'aide-soignante : une forme de « caring populaire »[25], qui renvoie à l'expérience familiale d'une majorité de femmes auxquelles sont confiées des tâches qualifiées après mise à l'épreuve ; et donc la reconnaissance de « dispositions socialement acquises »[26].

3.2.3 Prédispositions aux fonctions d'AMP

> *- « C'est compliqué à gérer pour certains soignants. Parce qu'on a des aides-soignants qui travaillent depuis longtemps, mais ils n'ont pas… Ce n'est pas une critique envers mes collègues, hein, je le comprends aussi, mais ils ont une difficulté à gérer ce genre de choses-là. Parce que les personnes handicapées, voilà, elles n'ont pas le même jugement ; ils n'ont pas les mêmes réactions que nous […] Des trucs tout bête. Les collègues ne se rendent pas forcément compte, mais on fait le travail d'AMP dans ce genre de pratiques-là. »* (Stéphane, AMP)

L'approche relationnelle apporte une contrepartie salutaire à la médicalisation qui prévaut partout ailleurs. Le projet d'inclusion, compte tenu du profil des personnes, entretient la motivation de professionnels comme les AMP, formés à l'accompagnement social, dans un contexte où la crise des vocations chez les aides-soignantes conduit le plus souvent au glissement de leurs fonctions[27].

3.2.4 Expérience du travail le week-end

> *- « Les Week-ends, c'est totalement différent. (Rire)*
>
> *- Alors, qu'est ce qui n'est pas pareil ?*
>
> *- Ben… L'ambiance… rien que déjà, les filles sont plus détendues le week-end. Parce qu'elles n'ont pas l'impression d'être fliquées.*
>
> *- Le fait est qu'il n'y a pas les personnels administratifs et que la direction n'est pas là…*

[25] Marie Cartier, « Le caring, un capital culturel populaire ? À propos de Formations of Class & Gender de Beverley Skeggs », Actes de la recherche en sciences sociales, 191-192, 2012, p. 106-113 (cité dans Arborio, 2021)

[26] Romuald Bodin, « Les signes de l'élection. Repérer et vérifier la conformation des dispositions professionnelles des élèves éducateurs spécialisés », Actes de la recherche en sciences sociales, 178, 2009, p. 80-87 (cité dans Arborio, 2021).

[27] Dans l'EHPAD enquêté, les AMP représentent environ la moitié des effectifs soignants.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

- Mais moi, ça ne me dérange pas. La semaine ou les week-ends, je suis la même personne : je vais crier, rigoler, danser et chanter.

- J'ai l'impression que quand les administratifs ne sont pas là, les filles, justement, se sentent plus libres de s'exprimer.

- Moi aussi, j'ai remarqué que le week-end, les filles étaient beaucoup plus ouvertes à discuter. » (Elodie)

L'absence des cadres pendant le week-end distend le lien de subordination et met à distance le « travail marchandise ». Les soignantes trouvent une relative autonomie dans l'exécution des tâches prévues. Cette autonomie ouvre sur une expérience du travail dans laquelle survivent la socialité primaire et l'économie du don. Nous avons pu en observer quelques indices comme *les potlatchs* de gâteaux entre collègues dans l'infirmerie ; plus d'entraide dans l'organisation du travail aboutissant à une relative déspécialisation des tâches, ainsi qu'une plus grande proximité avec les résidents. Ces séquences de travail favorisent ainsi l'autonomie décisionnelle et le soutien social ; soit deux des trois dimensions propres au modèle de Karasek relatif à l'analyse du stress au travail (Chapelle, 2018).

Conclusion

Par leur hétéronomie et leur capacité à vivre en instituant d'autres normes, les personnes handicapées réinterrogent le travail des soignantes autant qu'elles aiguillonnent la qualité réelle de l'accueil en EHPAD. Le processus d'inclusion tend à reconnaître, dans la pratique professionnelle, des expériences et des manières de faire habituellement invisibles d'un point de vue marchand, car leur valeur tend à se confondre avec la vie elle-même.

En tant que régime d'échanges dual, le lien d'accompagnement substitue à la rationalisation excessive ainsi qu'aux lois du marché, une économie interne en partie régie par les règles d'une institution-communauté. Cette réappropriation du travail conduit au repositionnement des soins dans les relations sociales, lui-même favorable à la domestication institutionnelle.

La conjugaison du développement professionnel avec cette réappropriation ne créer pas le lien d'accompagnement, mais le révèlent plutôt par un processus d'institution ; c'est-à-dire l'assignation d'un sens nouveau à des pratiques préexistantes. Car comme l'écrit Prairat (2014) : « La pratique précède la norme. Plus précisément, la norme a déjà une existence à titre de régularité avant d'être révélée comme telle par le processus d'institution ».

Cette « antécédence de la pratique » permet d'expliquer comment l'accueil de personnes « différentes » contribue au renouvellement des normes, de l'identité d'équipe, mais aussi d'une déontologie interne visant à orienter les décisions en contexte d'incertitude.

Par exemple, dans son document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels après la crise Covid, l'espace de réflexion éthique d'Île-de-France (Gzil, 2021) préconise une transition du paradigme de la « prise en charge de la dépendance »

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

à un paradigme de la « promotion de l'autonomie » dans toutes ses dimensions, de l'indépendance fonctionnelle à l'exercice de la citoyenneté.

À tout prendre, le développement de projets inclusifs, comme celui d'une UPHV, ouvre la voie vers ce changement de paradigme, car il sous-tend une transformation *ab intus* du « prendre soin », autant que du rapport salarial et, plus généralement, de la vie sociale dans les établissements concernés : un atout en termes de QVT[28], de fidélisation et d'attractivité.

Références bibliographiques

Arborio, A.-M. (2021). L'expérience comme ressource alternative pour des femmes des classes populaires ? Passer le diplôme d'État d'aide-soignante par VAE. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 240(5), 30-47.

Beauchamp, T., Childress, J. et Mouillie, J.-M. (2008). *Les Principes de l'éthique biomédicale*. Les Belles Lettres.

Belot, A. (2004). L'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes : un nouvel enjeu pour les professionnels du grand âge ? *Gérontologie et société*, 110, 295-298.

Bodin, R. (2018). *L'institution du handicap*. La Dispute.

Bodin, R. (2009). Les signes de l'élection : Repérer et vérifier la conformation des dispositions professionnelles des élèves éducateurs spécialisés. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 178, 80-87.

Boullet, JY., Orville, C. (2015). Vieillissement, identité, handicap. *Le sociographe*, n° 52, 95-105.

Callon, M., Lascoumes, P. et Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain – Essai sur la démocratie technique*. Les Editions du Seuil.

Caradec, V, Singly, Franc ois de. (2012). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. A. Colin.

Cartier, M. (2012). Le caring, un capital culturel populaire : À propos de *Formations of Class & Gender* de Beverley Skeggs. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 191-192, 106-113.

Castanet, V. (2022). *Les fossoyeurs : Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*. Fayard.

Chaize, P. (2015). Le vieillissement saisi par la clinique du doute. *Le sociographe*, *52*(4), 45-58.

Chapelle, F. (2018). 16. Modèle de Karasek. Dans : F. Chapelle (éd.), *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail : en 36 notions* (pp. 107-112). Dunod.

Charras, K., Cérèse, F. (2017) Etre "chez-soi" en EHPAD : domestiquer l'institution – *Gérontologie et société*, 152, 169-183.

Delporte, M. (2015). L'expérience de la retraite des travailleurs handicapés. *Le sociographe*, 52(4), 33-44.

Falzon, P. (1994). Les activités méta-fonctionnelles et leur assistance. *Le Travail Humain*, 57(1), 1-23.

Fustier, P. (2015). *Le Lien d'accompagnement – Entre don et contrat salarial : Entre don et contrat salarial*. Dunod.

Fustier, P. (2015). Du travail social : la part du don. *VST – Vie sociale et traitements*, 126, 20-26.

Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*. Erès.

Guichard, J. et Huteau, M. (2006). *Psychologie de l'orientation*. Dunod.

Guyot, P. (2012). *Avancée en âge : de la construction d'une problématique à l'élaboration de réponses adaptées*. Dans G. Zribi, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*. (pp. 47-62). Presses de l'EHESP

Hervy, B. et Vercauteren, R. (2011). *L'animateur et l'animation sociale avec les personnes âgées : Démarche et méthode*. Erès.

Honneth, A., Rusch, P. et Dupeyrix, A. (2008). *La société du mépris*. La Découverte.

[28] Qualité de Vie au Travail

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796

Jacques, M.-H. (2020). *Les transitions identitaires dans les parcours d'éducation*. Presses Universitaires de Rennes.

Jouffray, C. et Étienne, C. (2017). Vous avez dit participation ? Apports de l'approche centrée sur le dpa-pc sur cette question. *Vie sociale*, 19(3), 107-125.

Kitwood, T. et Bredin, K. (1992). Towards a Theory of Dementia Care : Personhood and Well-being. *Ageing & Society*, 12(3), 269-287.

Lebon, F. (2014). Portraits de directeurs dans l'animation et dans l'intervention sociale. *Empan*, 96(4), 144-150.

Loubat, J.-R. (2013). Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines. Dans L. Grimaud, A. Jouve et P. Sanchou (dir.), *Clinique et management : Rupture ou transition ?* (p. 39-49). Érès.

Loubat, JR (2009). La démarche qualité en action sociale et médico-sociale. Dunod.

Marx, K. (1849). *Travail salarié et capital ; suivi de Salaires, prix et profits. Consulté le 21 février 2021 sur le site de l'UQAC.*

Mauss, M. (2007). *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. PUF.

Molinier, P. (2010). Apprendre des aides-soignantes. *Gérontologie et société*, 133(2), 133-144.

Molinier, P. (2020). *Le travail du care* (2e édition). La Dispute.

Moser, G. (2009). *Psychologie environnementale. Les relations homme-environnement*. De Boeck.

Prairat, E. (2014). L'approche par les normes professionnelles. *Recherche et Formation*, 75, 81-94.

Rouzel, J. (2014). *Le travail d'éducateur spécialisé*. Dunod.

Sournia, J.-C., Wolf, N. et Depecker, L. (1984). *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement*. FRANTERM.

Stiker, H.-J. (2004). *Âges et handicaps. Gérontologie et société*, *110*, 13-27.

Thouvenot, C. et Meirieu, P. (1998). *L'efficacité des éducateurs : Une approche anthropologique de l'action éducative spécialisée*. L'Harmattan.

Trépied, V. (2016). Solitude en EHPAD. L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 38/149(1), 91-104.

Van der Linden, M. et Juillerat, A. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Mardaga.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. L'Harmattan.

Zeilter, A. et Barbier, JM. (2012). La construction de l'expérience La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche et formation*, 70, 107-118.

Chartes, rapports, lois

Avenant au Schéma de l'Autonomie de la Vienne 2015-2019 (p. 132-147).

Fizzala, A. (2017). Les durées de séjour en EHPAD – Une analyse à partir de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011. Les dossiers de la DRESS, n° 15.

Gzil, F. (2021). Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? – Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels. Espace de Réflexion Éthique d'Ile-de-France.

Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD. Études et résultats de la DRESS, n° 1067, juin 2018.

Les dossiers de la DREES, n° 68, décembre 2020.

Le vieillissement des personnes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ?

ANCREAI, décembre 2018.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Published in : Sous la direction de (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004796, doi : 10.17184/eac.9782813004796