

# **AIDES-SOIGNANTES EN GÉRIATRIE ET AIDES-MÉNAGÈRES**

**L'**activité de travail est doublement socialisatrice. Elle permet à chaque individu sujet, dans sa confrontation au réel, de participer à la construction d'un monde commun, tout en se construisant lui-même. Ma pratique de médecin du travail sur un même territoire m'a confronté à la disparition de pans entiers de secteurs industriels et m'a amené donc à suivre des salariés, hommes et femmes, plus souvent des femmes, car un des secteurs concernés est la confection, dans une trajectoire professionnelle qui les a conduit d'un travail industriel répétitif sous cadence, vers des emplois souvent précaires, à temps partiel, de services à la personne (service à domicile, soins gériatriques). J'ai donc assisté en parallèle, à la montée en puissance des services à la personne, dans le cadre de l'augmentation de l'espérance de vie, du maintien à domicile des personnes âgées, puis de leur entrée dans ce qu'on appelle aujourd'hui un EHPAD (maison de retraite et long séjour). Les services à la personne, qu'il s'agisse de soins gériatriques, d'aide à domicile, sont considérés comme de nouveaux gisements d'emploi, tout en restant souvent des emplois précaires.

## **LES AIDES-MÉNAGÈRES**

**L**es aides-ménagères sont salariées, assez souvent d'associations loi de 1901. Leur emploi est généralement à temps partiel et précaire ; elles interviennent quelques heures par semaine au domicile de personnes âgées en perte d'autonomie. Une hospitalisation, une entrée en maison de retraite et c'est du chômage partiel non indemnisé. L'intervention est au minimum de deux heures par semaine. Il s'agit d'effectuer les travaux ménagers courants ; ménage, courses plus rarement, repassage, cuisine. Parfois, quand elles sont titulaires du diplôme d'auxiliaires de vie, l'aide à la toilette peut entrer dans leurs missions.

Il faut beaucoup de savoir faire pour pénétrer dans l'intimité d'une personne âgée qui vit souvent cette arrivée comme une intrusion dans son intimité, et la confirmation de la perte d'autonomie. C'est la responsable de l'association qui rencontrera la personne âgée et la famille en premier et qui désignera donc une aide-ménagère de l'association en fonction de critères de disponibilité, de proximité. En cas d'incompatibilité d'humeur majeure, l'association peut changer d'aide-ménagère.

Il faut trouver la bonne distance, savoir entendre des plaintes sans toujours savoir qu'en faire : une telle se prétend spoliée par ses enfants (est-ce la réalité ou les premiers signes d'une démence), un autre ne se nourrit pas bien à l'évidence mais ce n'est pas le premier jour que l'on s'autorise à ouvrir le réfrigérateur, une autre ne veut pas que l'aide-ménagère entretienne la salle de bains prétendant le faire encore elle-même et pourtant des odeurs nauséabondes en émanent et ses enfants se plaignent à l'association que le travail de l'aide-ménagère n'est pas correctement fait. L'aide-ménagère retrouve les comprimés soit disant pris sur le sol ou sous l'assiette. Elle n'est pourtant pas autorisée à faire prendre des traitements. Et toujours, la nécessité, même s'il y a beaucoup de bibelots à dépoussiérer, de respecter scrupuleusement l'ordre établi, marque de respect pour la personne âgée mais aussi, repère pour soi, pour s'assurer du premier coup d'œil, quand on revient, que rien n'a disparu. En effet, intervenir seule, dans l'espace privé d'une personne âgée dépendante vous expose toujours au risque de l'accusation de vol.

La particularité de ce travail est de s'exercer dans l'espace domestique. Il s'agit en quelque sorte d'externaliser un savoir-faire acquis dans l'espace privé, dans l'histoire familiale, comme si savoir faire le ménage chez soi suffisait pour

le faire ailleurs : or chacun d'entre nous a un point de vue particulier sur ce qu'est le ménage fait. La caractéristique des travaux ménagers est leur invisibilité : invisibilité car effectués dans l'espace privé, invisibilité liée à leur efficacité très temporaire, du maintien de l'ordre en quelque sorte : seul le ménage pas fait se voit alors que le ménage fait ne se remarque pas et qu'en dehors de celui qui l'a fait, nul ne peut dire ce qu'il fallu mobiliser d'expérience et de savoir faire, pour passer d'une situation à l'autre.

Chaque aide-ménagère construit progressivement une professionnalité à partir de ses savoir faire initiaux et des demandes des personnes âgées chez qui elle intervient.

Certaines, les plus jeunes dans le métier, ou celles qui viennent de quitter un travail de production industrielle, vont s'investir au-delà de ce qui leur est demandé : faire des courses sur leur temps personnel, cuisiner chez elle et apporter le repas. Pourtant les personnes âgées ont souvent des exigences importantes non justifiées : que ce soit de tourner les matelas ou de tirer les meubles de la cuisine toutes les semaines par exemple.

D'autres vont investir le travail technique en limitant la relation à une relation marchande ; c'est ainsi qu'une très jeune effectuant les travaux ménagers avec son baladeur branché sera fortement critiquée par ses collègues et je ne la verrai qu'une fois.

D'autres trouvent un équilibre en investissant le travail de relation et s'adaptent à la demande de la personne âgée, accepteront un café mais reviendront avec un bouquet de fleurs de leur jardin. Cette situation fréquente autrefois disparaît tant les personnes âgées maintenues à domicile sont dans un état de dépendance avancée et les deux heures de ménage hebdomadaires ou bi-hebdomadaires sont bien remplies.

Majoritairement, quand elles le peuvent, elles essaient de maintenir des savoir faire chez la personne âgée : aide à la préparation du potage par exemple par l'épluchage des légumes.

On peut imaginer, que la posture professionnelle est un équilibre variable, savant de ces trois postures caractéristiques, en fonction de la relation qui s'établit avec chacune des personnes âgées

Les liens entre les différentes aide-ménagères se font lors de réunions de l'association. Même si elles peuvent quotidiennement faire part de leurs observations à la responsable de l'association chargée du lien avec les familles, c'est lors de ces réunions que s'échangent les savoir-faire, les difficultés rencontrées, avec les personnes âgées, mais aussi avec les familles et les voisins. Le maintien à domicile de personnes âgées déjà très dépendantes les amène à rencontrer les soignants qui interviennent pour des toilettes, à noter plus rarement leurs observations sur le cahier de liaison commun aux différentes équipes. Pourtant, alors qu'elles sont souvent celles qui passent le plus de temps auprès des personnes âgées, qu'elles font des observations importantes sur les fonctions cognitives des personnes âgées (apparition de troubles de

mémoire, de troubles du comportement, constat d'une incontinence qui s'aggrave, d'une perte d'appétit), elles hésitent souvent à faire part de leurs observations aux professionnels libéraux du soin tels que médecin ou infirmières par peur d'être jugée indiscreète, incompétente, ou par peur de ne pas être crue.

Par contre, le maintien à domicile de personnes âgées très dépendantes, amène les associations à privilégier l'intervention successive chez la même personne âgée de deux ou trois aides-ménagères successives, à la fois pour éviter la perte brutale de revenus en cas de décès ou d'hospitalisation, mais aussi pour que soit partagée cette charge de travail inhabituelle entre plusieurs collègues ; cette nouvelle organisation oblige donc les aides-ménagères à coopérer et à organiser leur travail en équipe successive sur le même lieu de travail. Elles communiquent alors par petits mots rangés à un endroit convenu entre elles. Elles construisent également de nouvelles coopérations avec les équipes d'aides-soignantes intervenant à domicile. Dans ce contexte de travail, elles acceptent souvent plus volontiers d'écrire sur un cahier de liaison collectif.

Il n'y a guère de femmes d'origine étrangère, simplement en raison de la défiance des familles. Peu d'aides-ménagères choisissent d'emblée ce métier. C'est un métier de la maturité. Il s'agit souvent d'épouses d'artisans ou de travailleurs indépendants qui reprennent une activité à temps partiel variable compatible avec les horaires scolaires, un rythme de vie traditionnel et le soutien à l'activité du conjoint. Il s'agit parfois d'une reconversion professionnelle quand le corps ne tient plus dans l'ancien métier ; c'est le cas d'agricultrices. C'est parfois le choix de poursuivre dans leur vie professionnelle des engagements d'une vie associative tournée vers le bien-être de l'autre et elles ont quitté alors un emploi administratif stable mais monotone. Elles trouvent un équilibre dans ce travail invisible qui leur permet d'avoir une activité professionnelle en dehors du cadre privé. Pour d'autres, c'est la perte d'emploi en usine, qui leur permet d'accéder, sans l'avoir vraiment voulu, à une activité autonome ayant une utilité sociale et compatible avec une vie familiale : « *une autre fatigue physique, mais on n'est pas énérvé en rentrant chez soi* » disent-elles. Travail discret, invisible, certes mais ne pouvant être tenu que par des femmes très indépendantes et autonomes. La précarité vécue est donc relative. Elles ont une conscience aiguë mais discrète de leur professionnalité.

Dans l'ensemble, ces femmes vont bien en dehors d'atteintes de l'appareil locomoteur (rachialgies, troubles musculo-squelettiques) assez longtemps bien tolérées, qui les amènent à réduire leur temps de travail à un niveau compatible avec leur état de santé. Elles s'adaptent silencieusement à l'évolution rapide de leur métier. Une évolution néanmoins ; depuis quelques années, elles n'hésitent plus à faire reconnaître ces troubles-musculo-squelettiques comme maladie professionnelle, alors que pendant longtemps, ces pathologies étaient en quelque sorte considérées comme inéluctables et liées à la condition féminine en général.

## **AIDES-SOIGNANTES ET ASH (AGENT DE SERVICE HOSPITALIER) EN GÉRIATRIE**

**L**à encore, métier exercé quasi exclusivement par des femmes, avec par contre trois modes d'accès à ces métiers :

- La voie scolaire du sanitaire et social.
- L'accès en cours d'emploi pour des femmes retrouvant un emploi après un licenciement économique. Après des périodes prolongées de remplacement, souvent plusieurs années, elles sont titularisées comme ASH. Elles suivent une remise à niveau, et beaucoup d'entre elles vont passer le concours d'entrée à l'école d'aide soignante. Elles sont alors très fières de ce diplôme obtenu.
- L'entrée dans la vie active salariée de femmes d'origine étrangère, ayant élevé leurs enfants, dont le conjoint plus âgé souvent est retraité ou demandeur d'emploi

À noter dans ces services d'EHPAD, un grand nombre d'emplois dit de retour à l'emploi, de réinsertion (TUC, CES, CEC, CAE etc.), ayant la particularité d'être destinés à des publics en réinsertion. La vérité oblige à dire que sans ces emplois, le travail d'entretien des locaux, la vaisselle, le service hôtelier ne se feraient pas. Ces emplois aidés sont des temps partiels obligatoires.

Bien loin du travail isolé des aides-ménagères, il s'agit-là d'un travail en équipe, qui va intégrer progressivement face aux besoins, toutes ces salariées quelque soit leur statut initial. Et bientôt toutes font des toilettes, aident à l'habillage, aux repas, au coucher. Dans certains services, appelés long séjour, tous les résidents doivent être lavés, habillés, levés mais sont également incontinents et au moins un tiers d'entre eux doivent être alimentés par un tiers. « *C'est comme des morts-vivants* » dira l'une d'entre elles.

L'humanisation de ces services, qui, pour moi a constitué la première déshumanisation, s'est essentiellement traduite par une multiplication par trois des surfaces à entretenir, sans augmentation des moyens humains et ce qui était un métier d'aide à la personne devient un travail quasi « industriel » répétitif sous contrainte temporelle : les toilettes à la chaîne. Pas plus de quinze minutes pour faire la toilette (au lit, au lavabo) jusqu'à vingt minutes en cas de douche, habiller, installer au fauteuil, mais le plus souvent encore moins de temps. Il y a le discours, les formations et puis une réalité quotidienne nécessitant un engagement important et un travail du corps intensif qui aboutit à une usure prématurée du rachis et des membres supérieurs. Les tentatives de passage à temps partiel pour tenir sont rapidement mises en échec, car les temps partiels sont rappelés pour compenser les absences, et travailler à temps partiel se traduit souvent par un travail à temps plein avec un planning plus flou.

Les 35 heures, l'accréditation, l'informatisation ont constitué pour moi la seconde déshumanisation. Les temps de relève sont des temps fondamentaux de débat entre les équipes. Ce sont des temps où on raconte. Ces temps de relève sont un théâtre, et pourtant, puisque tout est informatisé, on pourrait, pour l'encadrement réduire ce temps ! Grave

erreur, les récits sur ce qui s'est passé permettent de mémoriser ce dont on a besoin pour travailler, et si la sonnette signale un appel venant de la chambre d'un résident, l'équipe se rappelle immédiatement la relève précédente. Ces temps de relève constituent également des lieux de débat éthique : ainsi, à la prise du poste de nuit, l'équipe d'après-midi transmet cette demande de l'équipe de nuit : « *Pour M. Y..., les filles du matin demandent que vous mettiez une protection et une grenouillère, car le matin, elles ne peuvent pas rentrer dans la chambre, il y a de l'urine partout, et comme le ménage de la chambre n'est pas fait tous les jours* (faute de personnel) ». Cette proposition fera l'objet d'une discussion éthique entre les deux aides-soignantes de nuit qui décideront de couvrir le sol de draps pour que l'urine soit absorbée, tout en ayant discuté comment faire pour éviter le risque de chute par entravement du résident. Il faut prendre en compte la demande de leurs collègues mais aussi préserver le plus longtemps possible la continence d'un résident.

Certaines choisissent à présent de quitter ce métier, parce que « *ce n'est plus possible, on n'a plus le temps de prendre soin : on travaille en ayant toujours peur de ne pas avoir le temps qu'il faut pour tout le monde* ». Après vingt ans de pratique cette aide-soignante fait une formation d'animatrice, mais avoue avoir du mal « *à se sortir du médical* », c'est-à-dire à perdre son regard de soignante. « *En long séjour, c'est l'usine, dès qu'il y a un problème on est en retard.* », « *On dit : on revient et on n'a pas le temps de revenir. Ils sonnent pour avoir le bassin, on n'a pas le temps de répondre, c'est de la maltraitance.* » Pour d'autres, c'est le choix, quand il est offert, du travail en SSIAD (service de soins infirmiers à domicile). Ce choix favorise la prise en charge individuelle de chaque patient dans son cadre de vie, avec le soutien de l'équipe infirmière et ergothérapeute, et permet d'échapper à une activité vécue comme industrielle (« *C'est l'usine, c'est du travail à la chaîne* »). Il implique pourtant des horaires contraignants, le plus souvent à temps partiel avec une grande amplitude journalière.

Une autre plus jeune dans le métier, dit pouvoir, grâce à deux décès récents sur trente résidents, donner des douches. « *On est moins tendues, moins énervées. Dès qu'on a un peu de temps, on peut faire des soins de confort, masser longtemps les jambes, les résidents sont moins stressés, et nous aussi.* » Elle décrit sa fatigue ainsi : « *C'est une fatigue mentale et nerveuse liée à la répétitivité des gestes quotidiens mais aussi à la répétition toujours identique des demandes des résidents.* »

Une troisième est entrée dans mon bureau en disant « *On est toutes maltraitantes* ». Elle me dira avoir passé deux mois très difficiles où elle perdait le moral. « *Le service était trop lourd, on n'y arrivait plus, on en était à une douche toutes les six semaines. Grâce aux deux décès, on peut à nouveau donner une douche à chaque résident tous les quinze jours. Mais je ne sais pas comment on va faire, si les contrats aidés sont supprimés. Déjà, il n'y a eu personne pendant deux semaines, le ménage n'était pas fait. On est les seules à le voir puisque sur trente résidents, on ne voit que cinq familles. En fait, ils n'ont que nous.* »

Une autre : « *Au quatrième jour consécutif de travail je suis fatiguée, on s'arrange entre collègues, les patients trop difficiles ou violents, ce sont celles qui rentrent de congés qui les font, je ne peux plus, je serais maltraitante* » ... « *Pour le repas du soir, on est deux : une en salle à manger et l'autre qui sert et fait manger ceux qui restent dans les chambres. J'ai compté, j'ai quatre minutes pour faire manger chaque résident, c'est vraiment du gavage. Les chariots chauffants arrivent de la cuisine vers 17 h 45 – 18 h, ma collègue fait la salle à manger, je prépare mes sept plateaux, je les emmène un par un dans chaque chambre et je commence à les faire manger vers 18 h. À 18 h 30, on ramasse les plateaux, on ramène les patients dans leurs chambres, on fait la vaisselle, le réfectoire puis à 19 h on va commencer à les coucher (dévêtir, changer les protections, coucher, enlever et rincer les appareils dentaires, préparer les vêtements pour le lendemain).* »

Une autre : « *Ceux qui sont couchés toute la journée, on va les voir pour la toilette, les changes, les repas, mais on n'a jamais le temps d'aller s'asseoir un moment à côté d'eux avant, on avait parfois le temps d'aller faire un jeu avec eux, ou de leur lire leur courrier, maintenant, c'est – on vous laisse mourir seul, il y a du ménage à faire* ».

Effectivement personne n'ira manifester pour ces résidents et face à la dégradation des conditions de travail avec des atteintes à la santé physique reconnues comme liées au travail (accidents de travail graves avec atteinte fréquente des épaules), des services entiers menaceront de débrayer, se syndiqueront et iront faire signer des pétitions sur les marchés.

Dans ces services, les équipes sont très soudées et solidaires et intègrent et forment rapidement toutes ces nouvelles collègues qui pourtant partiront à la fin du contrat pour être

remplacées par d'autres. Beaucoup de ces salariés sous contrat précaire souhaiteront revenir ou tenter le concours d'entrée à l'école d'aide-soignante. Peu ou pas d'homme dans ces services : seul un jeune infirmier, dont la mère est aide-soignante dans le même service, me dira regretter ses remplacements aide-soignant, le travail technique infirmier empêchant de prendre soin, selon lui.

Ainsi ces femmes, aides-ménagères ou aides-soignantes, ont, au fil du temps construit une professionnalité, mais ces métiers mal rémunérés restent considérés comme peu qualifiés. Ce travail a longtemps été assuré, bénévolement il est vrai, dans les familles, par les femmes.

Bien au-delà d'une fonction socialisatrice indiscutable : un métier rémunéré pour toutes, un accès et une intégration dans le monde du travail pour des femmes d'origine étrangère ; ces femmes, par leur manière d'investir et d'habiter leur métier, nous rappellent quotidiennement que nous ne prenons pas correctement soin des plus âgés et des plus vulnérables de notre société.

Dans ces métiers de service aux personnes, la prescription peut-être soit très floue (aide-ménagères), soit très contrainte (aide-soignante) ; l'évaluation du travail est très parcellaire, et sous estime considérablement « le réel de l'activité ». Pour Yves CLOT : « *L'occultation du réel, révélée par l'occultation du travail comme transformation de la réalité, est une tendance forte des organisations productives... L'activité entendue comme praxis est bien pratique sociale de construction et de transformation d'un monde commun. Elle est à la fois contrainte et ressource pour le sujet ou le lien social.* »

Annie DEVEAUX

Chère lectrice, cher lecteur

L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel – 10 000 € (impression et routage) – pour un tirage à 2 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.

Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page 59).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT