

Mesure et dé-mesure du *care*. Une étude de cas à partir des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Alice Lancelle



Éditeur

Groupe de Recherches Matérialistes

Édition électronique

URL : <http://grm.revues.org/863>

ISSN : 1775-3902

Référence électronique

Alice Lancelle, « Mesure et dé-mesure du *care*. Une étude de cas à partir des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », *Cahiers du GRM* [En ligne], 10 | 2016, mis en ligne le 26 décembre 2016, consulté le 29 décembre 2016. URL : <http://grm.revues.org/863>

Ce document a été généré automatiquement le 29 décembre 2016.

© GRM - Association

Mesure et dé-mesure du *care*. Une étude de cas à partir des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Alice Lancelle

Introduction

- ¹ Les années 1960 ont initié en France une volonté de diversifier et d'humaniser le secteur de l'hébergement pour les personnes âgées. Les hospices, principaux leviers de l'aide sociale aux personnes âgées et destinés en grande majorité à l'accueil des vieilles personnes indigentes, étaient présentés comme des lieux aux conditions de vie déplorables. Le projet de rénovation des hospices, entre autres améliorations architecturales, prévoyait de séparer les vieillards valides et semi-valides des vieillards incurables (grabataires, infirmes, déments, mourants). La médicalisation de la vieillesse et du vieillissement en était à ses balbutiements ; on considérait qu'une fois invalides et « inaméliorables », les personnes âgées ne nécessitaient que des soins infirmiers¹. L'hôpital était chargé d'accueillir, sans distinction d'âge, les vieillards présentant des problèmes de santé aigus. La loi du 30 janvier 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, condamne définitivement les hospices qui doivent alors se transformer en établissements sociaux, médicalisés ou non.
- ² D'une part, les anciens mouiroirs, lieux d'attente passive de la mort, d'accueil des plus pauvres et de désencombrement des services de soins aigus deviennent des lieux de vie modernes et animés. Les maisons de retraite et logements-foyers, non médicalisés, sont destinés aux personnes valides et disposant de revenus confortables. Ces structures

d'hébergement peuvent bénéficier de sections de cure médicale, à hauteur de 25 % des capacités d'accueil de l'établissement. Les sections de cure médicale sont destinées à accueillir des pensionnaires ayant besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, d'une surveillance médicale (pour des affections somatiques ou psychiques stabilisées) et de soins paramédicaux. La médecine prend en charge une catégorie nouvelle de population : les vieux dépendants. D'autre part, en marge de la refonte du secteur social et médico-social, le secteur sanitaire gériatrique connaît également des innovations majeures. Des unités d'hospitalisation (de soins aigus, chroniques, palliatifs ou de convalescence) dédiées aux personnes âgées sont créées, à partir desquelles une conception biomédicale du vieillissement, appuyée sur la naissance d'une clinique gériatrique, voit le jour². Avec le temps, les objectifs hospitaliers d'identification des pathologies de la vieillesse recourent le projet d'humanisation des lieux de vie pour personnes âgées. Désormais, la catégorie de la dépendance trace une frontière nouvelle entre le vieillissement normal et le vieillissement pathologique, subsumant ainsi les anciennes catégories : riches et indigent-e-s, valides et invalides, curables et incurables³.

- 3 La médicalisation rapide des dispositifs de prise en charge des personnes âgées produit alors « un modèle de protection social-médical inédit des vieillards »⁴, lequel articule médecine de ville, structures d'hébergement et dispositifs hospitaliers. L'entrée en dépendance des personnes âgées implique ainsi la mise en place pour les vieillards d'une « police de proximité »⁵, du fait de la nécessaire délégation du souci de soi à des proches et à des professionnel-le-s de santé. Ce modèle de « protection rapprochée »⁶ a permis l'uniformisation du secteur de l'hébergement des personnes âgées ainsi que la mise en place d'un continuum de soins entre le domicile, l'hôpital et le secteur médico-social de l'hébergement. Au sein de ce dispositif, les structures d'hébergement pour personnes âgées se sont spécialisées dans l'accueil et la prise en charge médicalisée des personnes très dépendantes.
- 4 Dans ce cadre, les EHPAD sont créés à la fin des années 2000. Ce terme regroupe les maisons de retraite, les logements-foyers ou les Unités de soins de longue durée (USLD) qui se sont spécialisés dans l'hébergement et la prise en charge médicale de personnes âgées lourdement dépendantes, souffrant de polypathologies chroniques stabilisées et, surtout, présentant des troubles cognitifs sévères⁷. Les EHPAD sont caractérisés par une tarification tripartite (soin-hébergement-dépendance) ayant pour finalité de laisser la part hébergement à la charge des familles tout en contrôlant les budgets « soin » et « dépendance » (financés par l'assurance maladie, l'État –sous forme de contributions– et les collectivités territoriales). Ces établissements sont des lieux à la fois paradigmatiques et spécifiques des nouveaux modes de gouvernance des établissements de santé⁸. Paradigmatiques, du fait que les dispositifs de gestion récents ont rapidement unifié le champ de l'hébergement gériatrique, nous permettant ainsi d'interroger, à partir de cette étude de cas, les nouvelles pratiques de gouvernance en santé. Spécifiques, du fait que la vulnérabilité des individus âgés constitue une expérience limite à la frontière de l'articulation entre normes sociales et normes biologiques du vivant.
- 5 La manière dont la rationalisation du travail de soin (médicalisation et financiarisation) impacte la qualité de vie des résidentes et la qualité de vie au travail des soignant-e-s, est bien documentée. Il en va de même concernant les impacts de la mesure du soin sur le travail de soin : le temps comme norme du soin, l'assujettissement des savoirs, une hiérarchisation et fragmentation du travail de soin. La spécialisation du secteur médico-social dans la prise en charge d'un public fortement dépendant impacte la qualité et la

quantité des soins à effectuer alors que l'investissement en matière de personnel et de matériel est insuffisant. Les conditions de travail se dégradent. La production du travail de soin s'industrialise. Sa consommation se marchandise⁹. En EHPAD¹⁰, la majorité des tâches de soin, soin dit de *nursing* (laver, habiller, aider aux repas, surveiller l'état de santé général, donner les médicaments, etc.) est effectué par les aides-soignantes¹¹. Celles-ci manifestent tout particulièrement la crise du sens du travail provoquée par ces mutations, ce qui constitue l'objet de cette étude.

- 6 Sur le terrain, les dispositifs d'évaluation du travail des soignant-e-s oblitèrent ces aspects. Les cadres administratifs et de santé utilisent des modalités d'évaluation qualitative des activités et prestations qui sont explicitement normatives : les recommandations de bonnes pratiques, élaborées et validées par une agence d'évaluation missionnée par l'État, l'ANESM¹². La normativité de ces évaluations, concernant les EHPAD, prescrit l'adaptation constante des employé-e-s aux besoins des usagères. Le bien-être de résidentes fragiles est la norme du travail de soin. Dans ce cadre, toute interrogation sur les conditions de travail semble extérieure au domaine de l'éthique. Dans un article portant sur les usages de l'éthique en EHPAD, la sociologue Iris Loffeier fait la démonstration de la fonction disciplinaire de l'éthique de la sollicitude.

En somme, nous entendons montrer dans cet article comment la surveillance et la moralisation toujours plus prégnantes des pratiques professionnelles qui appuient le développement des usagers-clients peuvent conduire à délégitimer les requêtes portant sur les conditions de travail.¹³

- 7 Dans un contexte de fortes dégradations des conditions de travail, ce postulat constitue le point de départ de notre réflexion¹⁴. Pour compléter ce travail, nous entendons montrer les façons dont les aides-soignantes expriment leurs revendications au sujet de leurs conditions de travail tout en faisant de leur conception du travail de soin une norme nouvelle pour penser la qualité de vie des résidentes en EHPAD.
- 8 Cet article interroge la façon dont, paradoxalement, ces deux dimensions du soin apparemment opposées (l'une, matérielle, technique, médicale, objective et chiffrée ; l'autre, immatérielle, humaniste, relationnelle et subjective) concourent toutes deux à nier l'expérience de subjectivation éthique et politique spécifique au travail de soin. Cette tension n'est-elle pourtant pas le lieu d'une contestation possible qui ouvrirait sur un espace intermédiaire de pratiques raisonnables associant mesure et démesure, soin matériel et immatériel ? Nous montrerons comment, dans les pratiques, les aides-soignantes parviennent parfois à concilier ces deux objectifs tout en faisant de leur sens du travail la norme du soin.

1. Cadre théorique et méthodologique : construction du problème

- 9 La focalisation de cet article sur les relations interpersonnelles entre les aides-soignantes et les personnes âgées en EHPAD découle d'interpellations précises.

1.1 Éthiques du *care* et *Standpoint theories*

- 10 À partir de notre expérience personnelle d'aide-soignante, nous souhaitons aboutir à la construction réflexive d'un point de vue situé depuis lequel explorer les enjeux éthiques des relations intermédiaires de soin. Directement au contact des résidentes, les aides-

soignantes produisent la vaste majorité des soins effectués en EHPAD. Privées d'autonomie professionnelle et sous pression constante, elles sont considérées comme des ouvrières du soin. La pratique d'un travail routinier et répétitif entre en contradiction avec la finalité humaniste qu'elles se font de leur métier : aider les plus fragiles. Commençons par identifier la spécificité du travail des aides-soignantes.

- 11 La philosophie du soin, en particulier telle que la définit F. Worms, introduit le « *care* » comme une dimension de la relation de soin – la dimension parentale et subjective – en la distinguant de la dimension médicale et objective (*cure*)¹⁵. Cette distinction nous invite à questionner l'articulation *cure/care* en fonction des statuts des professionnel-le-s de santé. Un médecin exerce un geste plus « technique » (*cure*) qu'une infirmière. Une infirmière, à son tour, exerce un geste de soin plus technique qu'une aide-soignante. Le *care* reste donc le domaine qui caractérise le travail des aides-soignantes. Cependant, leur travail correspond-il à la façon dont nous nous représentons ce que devrait être le *care* ?
- 12 Dans les faits, les aides-soignantes effectuent un travail destiné à faciliter celui de leurs collègues en faisant le « sale boulot »¹⁶, que personne ne veut faire, parce qu'il implique une promiscuité constante avec les déjections, la saleté et l'intimité des patients. Ce « sale boulot », selon A.-M. Arborio, loin de répondre à l'idéal de *care* qu'il sous-tend, c'est-à-dire de soins d'hygiène et de confort effectués dans une dynamique d'attention à l'autre, obéit en fait à l'impératif de régulation de la charge de travail au sein de l'équipe de soin. Dans ce cadre d'analyse, l'implication des aides-soignantes relève, non de la sagesse pratique, mais de la « fausse conscience »¹⁷. L'étude des stratégies d'évitement du sale boulot par les aides-soignantes, entre freinage et zèle, évacue la question des implications éthiques et politiques des aides-soignantes de l'analyse sociologique des pratiques de soin. Comment la finalité relationnelle du soin trouve-t-elle sa réalisation dans et malgré des gestes de soin machinisés ?
- 13 C'est l'approche sociologique qui permet de comprendre à quel point la réalité des pratiques entre en dissonance avec le cadre discursif de leur légitimation éthique et médicale. Le *care* s'analyse alors comme travail occulté et dévalorisé – dont la finalité échappe tant aux pourvoyeuses qu'aux receveuses. Cependant, cette approche ne peut se satisfaire d'évacuer la question de l'engagement moral des aides-soignantes de l'analyse des pratiques de *care*. En effet, malgré la dégradation des conditions de travail et la structuration des collectifs aides-soignants autour de contraintes fortes¹⁸, les formes d'engagement des collectifs de travail aides-soignants, en EHPAD, sont réelles¹⁹. Elles impliquent à la fois une remise en cause de l'organisation de travail²⁰ et des formes complexes de mise en œuvre des sentiments moraux au service du bien-être des résidentes²¹. Nous analysons cet engagement comme lutte et résistance pour faire valoir des conditions de travail plus décentes, puis comme revendication des savoirs et des responsabilités investis dans le soin, comme la troisième section de cet article l'illustrera.
- 14 Du fait de la professionnalisation des soins paramédicaux corrélés au degré de dépendance des personnes âgées, le dispositif de protection rapprochée dans la prise en charge des personnes âgées les plus « dépendantes » implique l'engagement de la responsabilité morale des soignant-e-s qui font ce que A.-M. Arborio nomme « le sale boulot ». Cette « protection rapprochée », institutionnalisée, individualise la responsabilité professionnelle et destitue les collectifs soignants du cadre épistémique adapté aux problématiques éthiques issues des pratiques de *care* – lesquelles dépendent des conditions matérielles de travail. Dans le même temps, l'inflation éthique impose les concepts idéaux de sollicitude, vulnérabilité, dignité à ces collectifs. Les recherches de P.

Molinier croisent les perspectives des éthiques du *care*, de la psychodynamique du travail et de la psychothérapie institutionnelle²² pour tenter de construire un cadre théorique, une *epistémè* du travail, qui valorise les expériences éthiques des travailleur-e-s minorisées. La production d'un savoir situé, à partir de la prise en compte des conditions matérielles et pratiques de soin (au sein desquelles les défenses individuelles et collectives des soignant-e-s se construisent) vient critiquer le projet des conseiller-e-s en éthique d'adapter l'emploi à la réflexion éthique²³. Notre recherche entend compléter cet apport.

- 15 À partir de notre expérience de soignante, nous souhaitons objectiver des préoccupations éthiques qui demeurent taboues, y compris et surtout dans les lieux de discussion et de formation des savoirs éthiques officiels. Cette perspective naît de la prise en compte de la « souffrance éthique »²⁴ qu'expriment les aides-soignantes et qu'elles rapportent à une « obligation de maltraitance ». Le dilemme principal auquel elles se trouvent confrontées peut-être exprimé de la manière suivante : comment gère-t-on le fait de savoir qu'on fait mal à quelqu'un et qu'on exerce une domination sur autrui ? Ce dilemme est rendu plus cornélien encore par la situation spécifique des aides-soignantes dans les relations de domination. À la fois dominantes et dominées, le pouvoir qu'elles exercent sur autrui engage une responsabilité sans autonomie. Comment le mépris et la culpabilisation de celles qui sont reconnues comme mineures (sur le plan moral et professionnel) passent-ils dans les relations de soin ? Quels types de processus croisés, partagés et opposés, d'émancipation et de conscientisation de la domination, pouvons-nous repérer ? Nous allons à présent nous pencher sur ces questions.

1.2. À l'affût de micro-résistances

- 16 La construction d'un point de vue situé est un moment tant réflexif, de retour sur sa propre expérience, qu'objectif, de médiation épistémologique²⁵. Pour accompagner ce travail, nous avons mené une enquête de terrain dans un EHPAD privé à but non lucratif, hautement médicalisé et spécialisé dans la prise en charge de la fin de vie et de la maladie d'Alzheimer. Notre approche théorique interroge l'institutionnalisation des relations médico-éthico-sociales en EHPAD au moyen de l'éthique de la sollicitude²⁶. Du point de vue méthodologique, nous avons mené une enquête en immersion, afin d'observer les modalités d'expression, d'usages et de structuration du « texte caché »²⁷ des collectifs aides-soignants.
- 17 En effet, les aides-soignantes mettent en place une multitude de résistances qui, si on les analyse ensemble, donnent un sens politique à un texte qui reste caché. Il est possible de repérer un ensemble de discours et de pratiques qui constituent les jalons d'une infra- ou micro-politique de la lutte. Ce « texte caché » traduit une préoccupation importante pour le respect des conditions de travail négociées avec les employeurs. Dans le couloir, la salle de repos, les chambres, durant les temps de repas, de nombreux échanges ont lieu. Ils ont pour finalité première la formulation d'une critique du dévouement et l'encouragement mutuel à « dire stop », à refuser des tâches rajoutées, à refuser de ne pas travailler en nombre, à refuser d'en faire toujours plus. Ces pratiques de micro-résistances ne sont pas sans poser toute une série de questions : ces revendications pour une amélioration des conditions de travail entrent-elles en conflit avec les intérêts des résidentes ? Comment l'expression de cette colère peut-elle être compatible avec la défense du bien-être des individus fragiles ?

- 18 Envisageons à présent comment, grâce aux formes intermédiaires de relations de soin, les soignant-e-s résolvent la crise des pratiques à laquelle elles sont confrontées. « Fausse conscience » (exploitation morale du travail de soin) ou « éthique de l'amour »²⁸ (mise en œuvre pragmatique d'une critique de la mesure dans des collectifs de *care* ?) ? Comment observer les formes non-mesurables de l'engagement et leur pertinence face aux logiques rationnelles ?

1.3. Revendiquer les savoirs et la responsabilité collective du travail de soin

- 19 L'éthique de l'amour qu'évoque Molinier dans *Le travail du care* suggère que la conscience professionnelle des aides-soignantes n'est pas une fausse conscience. L'investissement relationnel nécessaire au travail du *care* étant inestimable et immesurable, les éthiques qui s'en réclament ne peuvent faire l'objet d'aucun usage managérial. La sollicitude engagée dans les relations interpersonnelles n'est donc pas une fausse conscience, ni le simple terreau de l'exploitation managériale du sens moral des soignant-e-s. Cette sollicitude doit aussi être comprise et analysée comme une forme de résistance face à l'incohérence de la prise en charge des résidentes, comme un savoir construit dans ce que Tronto nomme les quatre phases du *care*²⁹ (l'attention, la responsabilité, le prendre soin et la réception). Cette prise de position défend clairement le travail des aides-soignantes et leurs savoirs tout en critiquant les logiques à l'origine de la désorganisation du travail collectif de soin. Cette désorganisation s'observe à travers l'individualisation des responsabilités, une surveillance disciplinaire des aides-soignantes par tous les acteurs des établissements au nom de la bienveillance, la fragmentation et la hiérarchisation du travail de soin, et, enfin, des cadences impossibles à tenir du fait des sous-effectifs et de la complexification des tâches de soin en lien avec la médicalisation des EHPAD. À l'inverse, dans la perspective dont Molinier rend compte, le soin est revendiqué comme un travail collectif au sens où l'état de santé d'une personne, la définition de ses besoins et la prise en compte de ses attentes se fait en équipe. Si l'on ne peut confondre un usage managérial des éthiques de la sollicitude avec le souci d'autrui investi dans les pratiques de *care*, se peut-il, pour autant, que les pratiques de *care* soient comprises comme des lieux de renversement des rapports de pouvoir ?
- 20 Dans quelle mesure l'éthique de l'amour se manifeste-t-elle face aux logiques médico-budgétaires ? Quels types de formation des collectifs de travail encourage-t-elle ? À une éthique de la sollicitude qui construit les intérêts des usagères comme opposés à celles qui s'en occupent, les éthiques du *care* mettent le travail et ses conditions matérielles au centre de l'analyse des relations d'interdépendance et de la construction de formes adéquates de sollicitude. Dans ces approches éthiques, le travail est revendiqué comme la norme du soin, au lieu d'en être évacué. La résistance des aides-soignantes n'est donc pas la preuve de leur repli sur la défense exclusive d'intérêts particuliers (les salaires, les contrats, les horaires). Nous verrons dans la troisième question comment la question de la défense des intérêts privés se rejoue dans la constitution de collectifs de travail à même de mettre en place des stratégies de défense du bien-être des résidentes, au cœur des pratiques. Le sens du travail est bien l'enjeu de la division sexuelle et morale des pratiques professionnelles en EHPAD. La question est alors de savoir comment ce cadre épistémique de la dé-mesure peut prétendre s'opposer aux logiques ultralibérales de marchandisation du *care*. À ce propos, nous nous demanderons de quelle façon une

demande de soin qui trouve usuellement sa réponse dans un geste technique peut être réinterprétée et reformulée. Toutefois, avant d'illustrer les formes possibles de réinterprétation des demandes de soin, il nous faut présenter en détail les ressorts de la « financiarisation de la dépendance ».

2. Médicalisation des EHPAD et financiarisation de la dépendance : évaluation quantitative

2.1. Prendre en charge la dépendance

- 21 Représentée comme un coût exorbitant pour la société, la vieillesse dépendante fait l'objet d'un rationnement des dépenses publiques depuis son apparition sociohistorique aux XVIII^e et XIX^e siècles. La formalisation d'un statut spécifique à la dépendance date de la fin du XX^e siècle et contribue à produire ou à renforcer la stigmatisation de la « *vieillesse qui "va mal", qui pose problème* »³⁰. Cette institutionnalisation s'est appuyée sur la formalisation et l'élaboration d'outils de mesure et d'évaluation de la dépendance par des médecins gériatres, en même temps que la gériatrie tentait de s'imposer comme spécialité médicale. Il s'en est suivi que l'attribution des aides, la définition des besoins et l'offre de soin ont été fondées sur une conception incapacitaire, fonctionnelle, individuelle et biomédicale de la dépendance. Cette conception a impacté les conditions matérielles de soin, particulièrement en milieu d'hébergement. En effet, depuis la fin des années 1990, l'hébergement de la dépendance inclut un processus de normalisation sociale, médicale et budgétaire. Le contexte actuel de refonte des modes de gouvernance de la santé, avec pour corollaires la marchandisation de la santé, la privatisation des services publics et la relégation du *care* dans la sphère domestique, a permis, nous l'avons indiqué, l'émergence des EHPAD.
- 22 Les EHPAD représentent aujourd'hui environ 85 % des places d'accueil en EHPA (Établissements d'hébergement pour personnes âgées)³¹. Cette forte proportion s'explique par la conversion récente des USLD et des maisons de retraite en EHPAD. Les maisons de retraite, dont le projet était d'accueillir des personnes valides, disparaissent progressivement et n'accueillent plus que 8 510 résidentes (contre presque 600 000 en EHPAD). Parmi les EHPAD, « 50 % des places en hébergement pour personnes âgées dépendantes se trouvent dans des établissements publics, 28 % dans des établissements privés à but lucratif et 22 % dans des établissements privés à but non lucratif »³², alors même que « 39,1 % des places d'hébergement créées entre 1990 et 2014 sont implantées dans des EHPAD privés à caractère commercial »³³. L'ouverture des EHPAD au marché par le secteur privé à but lucratif est forte et grandissante.
- 23 Le champ de la dépendance s'est institutionnalisé tardivement, à la fin des années 1990. Centrée sur la matérialité du corps vieillissant et la naturalisation de l'hétéronomie des sujets âgés, la construction sociale de la dépendance tente néanmoins de se raccrocher aux normes capacitaires des politiques publiques, renforcées par la loi de 2002. Ces normes instituent le libre-choix du mode de vie et le libre consentement des usagères comme les fondements de la contractualisation de l'offre et de la demande de soin. Cette tension entre une norme juridico-sociale capacitaire et une norme médicale « assistancielle » de la dépendance³⁴ impacte les pratiques de soin. À l'opposé de la conception relationnelle et sociale, la dépendance-incapacité oriente la question de la préservation de l'autonomie vers des aménagements fonctionnels. La mise en œuvre des

projets personnalisés et des arrangements prévus par la loi de 2002 n'a alors qu'un impact faible sur la vie collective et institutionnelle. Individualisés et réduits à la compensation matérielle des pertes fonctionnelles du corps vieillissant, les projets de vie peinent à devenir des ressources utilisables pour le soin.

2.2. Évaluer la dépendance

- 24 La grille nationale AGGIR³⁵ évalue le degré d'autonomie et les besoins de la personne. L'évaluation distingue 6 niveaux de dépendance classés en groupes iso-ressources (GIR). Cette évaluation médico-sociale donne accès à une prestation en nature (l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)), sans condition de ressources, servant à financer une aide à domicile ou le forfait dépendance en EHPAD. Les GIR 1 et 2 constituent la population majoritaire en EHPAD.
- 25 GIR 1
- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,
 - Ou personne en fin de vie
- 26 GIR 2
- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente³⁶
- 27 En ce qui concerne l'offre d'hébergement, les EHPAD fonctionnent comme des dispositifs de financement ayant pour finalité d'ouvrir un marché de la dépendance. En effet, leur financement ne dépend pas du statut juridique des établissements, mais du niveau de dépendance des usagers. Plus le niveau de dépendance est élevé et plus les financements sont importants. Une convention tarifaire spécifique impose même aux EHPAD un seuil de dépendance moyen minimal, au-dessous duquel le financement est compromis. Les établissements sont donc poussés à rechercher un niveau de dépendance important chez leurs résidentes, ce qui se traduit par une augmentation de leur GIR moyen pondéré (GMP).

2.3. Financer la dépendance

- 28 L'EHPAD passe une convention tripartite avec le Conseil général et l'Agence régionale de Santé. Il s'en suit une convention ternaire « hébergement-dépendance-soins », dont chaque composante est financée par un acteur différent. Le tarif hébergement est financé par les usagers – lesquel-le-s peuvent bénéficier d'une aide sociale départementale, si besoin, alors que le forfait dépendance est financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)³⁷ et les Conseils généraux, en proportion du niveau de dépendance mesuré par le GMP de l'établissement. L'aide à la dépendance est une aide fonctionnelle assurée pour réaliser les actes de la vie quotidienne : se nourrir, se vêtir, se déplacer, etc. Le forfait soins est financé par l'assurance maladie en proportion du niveau de besoins de soin des résidentes mesuré par le référentiel PATHOS³⁸. Le PATHOS est un outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées : « Le modèle PATHOS évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques

requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile. »³⁹

- 29 Le financement de la dépendance tient ainsi majoritairement du secteur public, mais la stagnation voire la baisse des budgets publics est inadaptée à la « massification du vieillissement »⁴⁰ de la population et à la part conséquente de vieillissement en mauvaise santé.
- 30 Les dépenses publiques représentent aujourd'hui, en France, environ 24 milliards d'euros et devraient, selon les estimations, augmenter de 10 milliards d'euros d'ici 2040. Malgré la mise en place de nouveaux instruments de financement, les analyses s'accordent sur l'insuffisance des ressources économiques publiques pour faire face à la montée en charge des personnes dépendantes dans les années à venir, en particulier du fait de l'absence d'une réelle politique de ce financement.⁴¹ Les financeurs publics tentent d'enrayer la pénurie de financement à venir, grâce à la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui imprime un virage appuyé en faveur du maintien à domicile et de la valorisation sociale des personnes âgées comme opportunité d'investissement.
- 31 Ces nouveaux modes de gestion et de contrôle des dépenses publiques empruntent leurs techniques au secteur lucratif. Les effets de cette rationalisation budgétaire et comptable sont d'imposer une homogénéisation des activités au moyen d'une mise en place d'un usage normalisant des outils d'évaluation. Ces instruments, en plus d'incorporer des normes de « bonne gestion » aux gestionnaires du secteur, deviennent des outils orientant la politique d'accueil des établissements vers une plus grande dépendance des publics accueillis et donc vers une standardisation de l'offre⁴².
- 32 Par ailleurs, les régulateurs autorisent l'ouverture de nouvelles structures grâce à la gestion d'appels d'offres qui organise la concurrence entre secteur public/associatif et secteur privé commercial. Le secteur public n'ayant pas les moyens d'amortir les coûts des équipements et des salaires que nécessite la médicalisation des EHPAD, les appels d'offres tendent à être remportés par le secteur marchand. Ce cercle vicieux renforce l'usage normalisant des indicateurs, la standardisation et la médicalisation des activités de soin ainsi que la sélection du profil des usagers en fonction d'un degré de dépendance toujours plus élevé.
- 33 La part immatérielle du travail de soin fait l'objet d'évaluation, de recommandations de bonnes pratiques. Cependant, cet investissement relationnel est très peu pris en compte par les dispositifs comptables et budgétaires qui mesurent l'assistance fonctionnelle à la dépendance et les soins médicotecniques relatifs à la prise en charge de « pathologies ». Ce travail n'est pas pris en compte par les outils de mesure des coûts de la dépendance et du soin. Il n'est donc pas étonnant que le travail de production du soin soit vécu comme un travail à la chaîne ou un travail à l'usine. Dès lors, dans notre dernière partie, nous verrons comment l'utilisation d'un logiciel de programmation standardisée du soin peut aussi s'avérer le support d'une critique des logiques d'évaluation par celles qui font le soin.

3. Pression managériale, structuration de collectifs et stratégies de résistance

3.1. Le PSI

- 34 Le PSI (Projet de Soins Informatisé) est le logiciel qui relie les dossiers de soin aux données de la gestion administrative et comptable des établissements. C'est le principal logiciel utilisé en EHPAD. Il permet le suivi et la traçabilité des données collectées et édite les synthèses des évaluations AGGIR et PATHOS. Comme le montre le médecin gériatre Simon, qui a étudié les effets de l'informatisation du dossier de soin auprès du personnel d'un établissement, le PSI encourage la programmation systématique et totalisante de soins paramédicaux⁴³. « Un plan type de soins est mis en place à l'installation du logiciel. Pour chaque nouveau résident, après avoir saisi la grille AGGIR, on peut créer de façon automatisée un plan de soins adapté à l'état de dépendance de la personne »⁴⁴.
- 35 L'IDEC (IDE coordonnatrice) actualise le plan de soin et « une fois le soin réalisé l'intervenant le valide dans sa session, ce qui assure une signature numérique de son exécution et donc la traçabilité des actes réalisés ». La traçabilité, mais aussi la programmation constante et systématique fragmente encore un peu plus le travail de soin et les collectifs de travail. Les aides-soignantes ont la possibilité de noter des transmissions dans une zone de saisie qui se nomme « la relève » et qui permet de garder les traces d'évènements notables. Elles peuvent aussi mettre à jour la partie des plans de soin qui les concerne. Concrètement, dans un établissement de 90 résidentes, le plan de soins affiche 90 fois le schéma suivant (cf. illustration infra). Quand sur une matinée, il n'y a que 7 aides-soignantes qui doivent, par ailleurs, réaliser au moins 15 toilettes en binôme, la cadence est rude.

Du	à	Heure	Libellé	Commentaires	Fréquence	Sauf les	Jour	Statut
23/05/2007	00:01		TTT - APPLICATION LOCALE	HEMOCLAR 0.5% Tube de 30g 1 tube	1			R
23/05/2007	03:00		CHANGE ANATOMIQUE	2 NUIT	1			N
23/05/2007	04:00		SURVEILLANCE NOCTURNE	TOURNEE	1			N
23/05/2007	07:00		LEVER AIDE		1			N
11/03/2008	07:00		TTT - APPLICATION LOCALE	1 - PAROEX 0.12 % - Racon 500ml + gr	1			R
13/02/2008	07:00		TTT - BUVALE	6 - TIAPHDAL 5mg/gte : flacon compt	1			R
13/10/2007	07:00		TTT - BUVALE	1 - FORLAX 10g	1			R
23/05/2007	07:01		SURVEILLANCE COHERENCE	INCOMPREHENSION SUR LA JOURNEE	1			N
23/05/2007	07:01		SURVEILLANCE COHERENCE		1			N
23/05/2007	07:15		POIDS	UNE FOIS PAR MOIS	1			N
03/07/2007	07:16		PEDICURE	JOUR DU BAIN	1			N
24/05/2007	07:16		TOILETTE COMPLETE	AU LAVABO	1			N
03/07/2007	07:17		MANUCURE		1			N
23/05/2007	07:20		CHANGE ANATOMIQUE	3 JOUR	1			N
23/05/2007	07:20		SOINS DE LA BOUCHE		1			N
23/05/2007	07:50		HABILLAGE COMPLET		1			N
14/02/2008	08:00		BAIN ET SHAMPING		1			V
23/05/2007	08:25		INSTALLATION AU FAUTEUIL	PETIT DEJEUNER	1			N
23/05/2007	08:30		REPAS - DISTRIBUTION		1			N
23/05/2007	08:31		DISTRIBUTION MEDICAMENTS		1			N
23/05/2007	08:32		REFECTION DE LIT	CHANGEMENT DE DRAP 1 FOIS PAR SEMA	1			N
24/05/2007	12:00		REPAS - DISTRIBUTION	EN SALLE A MANGER	1			N
23/05/2007	12:01		DISTRIBUTION MEDICAMENTS		1			N
23/05/2007	13:30		CHANGE ANATOMIQUE	PLUS A LA DEMANDE 3 JOUR	1			N
23/05/2007	15:00		ANIMATION		1			N

Plan de soins individuel, automatisé et adapté à l'état de dépendance d'une personne

- 36 Les résultats de l'enquête stipulent que « l'utilisation du PSI n'est pas jugée comme facilitant le travail ou permettant un gain de temps »⁴⁵.
- 37 Lors de formations auprès des Assistantes de soins en gérontologie (ASG), nous abordons souvent la question du conflit entre une visée humaniste du soin et la visée comptable, laquelle semble se durcir dans certains établissements. Le rapport entre l'impératif de traçabilité des soins et les conditions de possibilité de réaliser effectivement l'ensemble des soins programmés apparaît absurde. Les routines de travail et les cadences soutenues créent une disparité entre ce qui est coché⁴⁶ comme réalisé dans le PSI et ce qui a été réellement réalisé pour les patient-e-s. Face à cet écart, les soignant-e-s ont mis en place diverses stratégies d'adaptation. Ces stratégies qui peuvent être individuelles ou collectives, aboutissent soit à redéfinir l'usage standardisant des plans de soin, soit au contraire à le cautionner (quitte à léser les résidentes).

3.2. L'évitement et le zèle

- 38 Concernant les stratégies individuelles, deux modèles-types se dégagent : l'évitement et le zèle. La stratégie de l'évitement consiste à cocher les cases de manière systématique tout en n'effectuant qu'une partie des soins cochés. Le/la soignant-e ne consulte que vaguement les plans de soin, et n'effectue pas les soins techniques (hors décret de compétence) délégués par les IDE. Le suivi des résidentes n'est que très peu personnalisé. Par exemple, deux types de toilettes sont proposés (au lit ou au lavabo) et s'enchaînent pour chaque patient-e en fonction d'une routine que l'on cherche à rendre chaque fois plus rapide et rentable. Idem pour les repas et les changes de l'après-midi. La routine de soin est optimisée de façon à durer le moins longtemps possible.
- 39 La seconde stratégie est couteuse pour les soignant-e-s car elle demande une connaissance fine du dossier de soin, ainsi qu'une capacité à adapter le plan de soin à une visée humaniste et singularisée de la prise en charge. Chaque résidente est traitée selon son degré de dépendance de façon à préserver son autonomie et à lui proposer une relation personnalisée. Les soins sont cochés seulement quand ils sont faits et la relève est complétée de manière à donner des indications aux collègues.
- 40 Quand on cherche à observer ces stratégies au niveau des collectifs de soin, la perspective change. Les collectifs de travail sont des collectifs contraints par le temps. Se produit donc au niveau collectif un nivellement et une compensation des stratégies d'évitement et de zèle. Finir à temps demeure la priorité. Nous pouvons noter que les dysfonctionnements durables et courants épuisent les soignant-e-s (*turn-over* important, absentéisme, encadrement défectueux, conflits dans l'équipe, etc.). Il n'est donc pas aisé de repérer les formes d'engagement collectives.

3.3. Résistances collectives

- 41 Toutefois, nous avons pu, lors de notre enquête de terrain, observer deux stratégies d'engagement collectives fondées sur une éthique du *care*.
- 42 (i) La première consiste à tout cocher, mais à planifier autrement les tâches de soin. Le personnel soignant s'organise pour décider collectivement du jour des pieds, du jour du bain ou encore du jour de la douche ou des capiluves. Il s'arrange pour répartir la charge de travail, le prioriser, l'alléger et lui donner du sens. La réussite de ce type de stratégie

dépend de compétences éthiques très élaborées. Les soignant-e-s sont capables de critiquer et de reformuler le plan de soin programmé de façon à évaluer le *feedback* des usagères, à reformuler la demande de soin si nécessaire et à y répondre alors même qu'elle n'est pas prescrite. La mise en œuvre de l'attention prime sur la programmation de la situation matérielle de soin. La responsabilité éthique prévaut sur les logiques d'uniformisation.

- 43 (ii) La deuxième stratégie consiste à cocher les soins faits (uniquement) et à adapter les plans de soin, directement dans le PSI, de manière à objectiver le temps passé à effectuer les soins relationnels.

Nous, on coche 5 minutes pour le change et on ajoute 20 minutes de soins relationnels. Ça permet de montrer que c'est ce que veulent les résidents. On ne s'étend pas sur la couleur des selles ou l'état de la peau si tout va bien, mais on indique l'humeur de la résidente, ses souhaits, etc. ça permet de montrer ce que notre travail signifie pour nous et pour les personnes dont on s'occupe.⁴⁷

- 44 Cette stratégie, comme la précédente, adapte le plan de soin aux besoins des résidentes en cherchant à les évaluer. De plus, elle propose un contre-usage de l'outil informatique destiné à faire remonter aux financeurs une conception humaniste du soin. Cette phase définit une tentative de politisation du *care*. En s'emparant et contournant le processus de normalisation du PSI, les aides-soignantes ont trouvé une façon de rendre public et partageable le sens donné à leur travail.

Conclusion

- 45 Nous avons interrogé dans cet article la prétention des éthiques du *care* à œuvrer contre les techniques de mesure du soin à partir d'une étude de cas impliquant la circulation et la production des savoirs situés et assujettis au niveau des logiques de programmation informatisée du soin. Paradigme opératoire pour penser les effets des usages ultralibéraux des logiques comptables dans le champ de la santé, les soins en EHPAD révèlent la façon dont les professionnel-le-s de santé conçoivent l'articulation des conditions de travail et de la qualité de vie des usagères.
- 46 Les EHPAD sélectionnent un public ayant un besoin élevé d'aide fonctionnelle à la vie quotidienne et de soins médico-techniques. Ce nivellement du public a une fonction économique et se voit assuré par la mise en service d'outils de mesure du soin qui ont une fonction d'indicateurs servant à programmer les budgets des établissements ainsi que les plans de soins des résidentes. Cette mesure du soin ne prend pas en compte les soins relationnels non techniques. Les tâches de soin se complexifient alors que les personnels demeurent en nombre réduit.
- 47 Notre étude de cas, réalisée à partir d'une enquête de terrain socio-philosophique en EHPAD, a eu pour finalité de mettre au jour les investissements collectifs de la sollicitude malgré les processus d'industrialisation de la production du soin. Le problème relevé dans cet article concerne la formation d'un cadre épistémique légitime des usages de l'éthique de la sollicitude à travers la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Fondée sur une volonté politique de combattre la maltraitance des résidentes, la promotion de l'éthique de la sollicitude, réduite à un impératif individuel pour les soignant-e-s, finit par opérer comme dispositif de surveillance des professionnel-le-s de soin. Le déplacement des logiques de surveillance disciplinaires et institutionnelles des usagères aux soignant-e-s agit comme un puissant levier de renforcement des rapports de domination dans les

EHPAD. Ce problème soulève deux apories : l'impossibilité d'attribuer l'intentionnalité bienveillante aux praticien-ne-s du *care* –car leurs pratiques relèveraient alors de la fausse conscience– et l'aveu de faiblesse critique des éthiques du *care* (malgré leur pertinence théorique et méthodologique). Notre parti pris est donc celui de la construction d'un cadre d'analyse permettant de rendre compte des pratiques des aides-soignantes et des usages et investissements critiques de la sollicitude. À travers le déploiement d'une perspective située, nous proposons ici une méthode et un cadre épistémologique pour objectiver et analyser les enjeux de pouvoir et d'attention traversant les relations d'inter-dépendance⁴⁸, en particulier celles que vivent les aides-soignantes. Notre réflexion est une réflexion sur l'espoir d'émancipation commun des usagères et salarié-e-s des EHPAD face aux technologies de contrôle, dont la mesure du soin fait partie.

- 48 Partant de l'observation qu'une éthique, comme celle promue sous la formule de la « bienveillance », sert de relais à l'intensification de la pénibilité du travail de soin lorsqu'elle ne prend pas en compte la question des conditions de travail du personnel soignant, nous avons analysé comment les aides-soignantes produisent une critique du cadre épistémologique de la « sollicitude » qui leur est imposé. En EHPAD, la prise en compte du travail des soignant-e-s se fait à minima, en tant que production continue de soins techniques et fonctionnels. Pourtant, l'exigence de sollicitude face à une population fragile et vulnérable s'impose. Les aides-soignantes ont à cœur non seulement de construire des savoirs qui leurs sont propres, mais aussi un sens du travail partagé et partageable avec les usagères. Ce sont ces phénomènes qu'illustre le détournement par les aides-soignantes des outils de mesure du soin (dont le PSI fait partie), phénomènes de résistance qui peuvent être individuels ou collectifs. Ainsi, le cadre pour définir le langage et les pratiques se divise entre éthicien-ne-s et praticien-ne-s. D'une part, l'éthique de la sollicitude, à la source de recommandations de bonnes pratiques déplace le processus de contrôle des corps et des identités des usagères vers les praticien-ne-s. Les intérêts des usagères et des soignant-e-s sont définis comme opposés. D'autre part, en articulation à des revendications organisationnelles et salariales, l'éthique de la sollicitude observée à travers les modes d'engagement des aides-soignantes, fait du travail collectif la norme du soin. Les conditions de travail font la qualité de vie des résidentes, selon les praticien-ne-s.
- 49 Le bien-être des résidentes est donc un enjeu de pouvoir entre éthicien-ne-s et praticien-ne-s. Le cadre théorique et méthodologique des éthiques du *care* permet de révéler ce conflit et de conceptualiser un engagement moral qui risque toujours de se voir idéalisé en mystique de l'accompagnement et pureté d'accès à soi et à autrui par la reconnaissance de notre vulnérabilité anthropologique. C'est donc bien une critique de la mesure que produisent les éthiques du *care*. En regard de cette conclusion, la mise en exergue des études féministes ayant pour finalité de restituer le pouvoir et les capacités d'agir des « vieilles » (qui représentent 75 % de la population des EHPAD) nous paraît primordiale⁴⁹.

NOTES

1. Pierre Laroque, Rapport Laroque, Paris, L'Harmattan, 2014.
2. « The resulting "biomedicalization of aging" socially constructs old age as a process of decremental physical decline and places aging under the domain and control of biomedicine », Carroll L. Estes et Elizabeth A. Binney, « The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas », *The Gerontologist*, vol. 29, no 5, p. 587-596, 1989, p. 587.
3. Bernard Ennuyer, « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », *Gérontologie et société*, no 145, 2013, p. 25-35.
4. Hélène Thomas, « Le "métier" de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse », *Politix*, vol. 4, no 72, p. 33-55, 2005, p. 43.
5. *Ibid.*, p. 45.
6. *Ibid.*, p. 43.
7. Sophie Volant, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Drees*, no 877, 2014.
8. Ces modes de gouvernance sont, à ce jour, fortement décriés par les travailleur-e-s du soin. La dégradation des conditions de travail, du fait des logiques comptables qui s'imposent comme normes du soin, est fortement relayée médiatiquement depuis le suicide de cinq infirmier-e-s, cet été, en France.
9. Rémy Marquier, Thomas Vroylandt, Marie Chenal, Pierre Jolidon, Thibaut Laurent, Clémence Peyrot, Thomas Straub et Camille Toldre, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la Drees*, no 5, 2016.
10. François Aubry, *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : Entre domination et autonomie*, Presses de l'Université du Québec, 2014.
11. Nous choisissons dans cet article de suivre l'usage dominant qui consiste à marquer le genre lorsque l'on désigne les « aides-soignantes » pour indiquer la proportion élevée (plus de 90 %) de femmes aides-soignantes exerçant en EHPAD. Un débat existe concernant l'aspect contreproductif de cet usage risquant de redoubler le stigmatisme induit par cette féminisation. Sans en faire part, nous considérons que, le temps de cet article, il est possible de comprendre que cet usage n'est ni une exclusion des hommes aides-soignants ni un redoublement du stigmatisme mais tend à traduire une réalité sociale. De la même manière, les femmes représentant 75 % du public des EHPAD, nous adoptons le féminin *résidentes* ou *usagères* pour désigner ce public. La variante « neutre » soignant-e-s ou employé-e-s est utilisée pour désigner l'ensemble du corps médical en EHPAD, et non uniquement les aides-soignantes.
12. Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
13. Iris Loffeier, « La « norme de sollicitude » jusqu'à l'oubli de soi dans la prise en charge des résidents de maison de retraite », *Sociologies*, 2015, p. 2. [En ligne], 5/2015, consulté la dernière fois le 29 novembre 2016. URL : <http://sociologies.revues.org.proxy.scd.univ-lille3.fr/5002>
14. Nous avons par ailleurs déjà posé cette question, dans une optique plus générale, au sujet d'une conception médicale-centrée de l'éthique médicale : Alice Lancelle, « L'éthique médicale, l'éthique des médecins ? », *Implications Philosophiques*, 2016 [En ligne] 9/2016, consulté la dernière fois le 2 décembre 2016. URL : <https://www.implications-philosophiques.org/ethique->

et-politique/ethique/lethique-medicale-lethique-des-medecins/ ; À paraître, Alice Lancelle et Rozenn Le Berre, « L'éthique clinique comme expérience démocratique », in *Nouvelles pratiques sociales*.

15. Frédéric Worms, « Les deux concepts du soin », *Esprit*, 2006, Janvier, no 1, p. 141-156.

16. Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible les aides-soignantes à l'hôpital*, 2e édition augmentée d'une préface de l'auteure, Paris, Économica : Anthropos, 2012. A.-M. Arborio emprunte ce concept au sociologue Everett Hughes (Everett C. Hughes, « Les honnêtes gens et le sale boulot », *Travailler*, vol. 24, no 2, 2011, p. 21-34). Ce concept illustre le principe de division morale (et pas seulement technique) du travail, perçue dans la délégation hiérarchique du travail ingrat. Dans l'organisation du travail de soin, il s'agit des tâches qui impliquent un contact rapproché avec le « sale » opposé au « propre » selon les principes d'hygiène hospitaliers. Les chercheur-e-s du travail du « care » ont d'abord vu dans ce concept une façon de définir les pratiques de *care* (Dominique Lhuilier, « Le « sale boulot » », *Travailler*, n° 14, no 2, 2005, p. 73-98). Néanmoins, le fait que les travailleur-e-s du *care* ne conçoivent pas leur travail comme du « sale boulot » demeure un obstacle à l'usage de ce terme.

17. J'emprunte cette expression à Pascale Molinier qui oppose à Arborio que le *care* ne saurait être une « fausse conscience qui cacherait une ignorance » (séminaire *Care*, Centre d'éthique médicale, 27 mai 2015). P. Molinier rappelle que le *care* « n'est pas une attitude qui préexisterait à une expérience de travail », mais en découle.

18. François Aubry, « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, no 16, 2012 [En ligne], 16/2012 consulté la dernière fois le 2 décembre 2016. URL : <https://temporalites.revues.org/2237>; Mathieu Raybois, « Le rôle ambivalent du collectif dans l'activité de soins aux personnes âgées dépendantes », *Education permanente*, no 196, 2013, p. 175-184.

19. R. Marquier, T. Vroylandt, M. Chenal, P. Jolidon, T. Laurent, C. Peyrot, T. Straub et C. Toldre, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », op. cit.

20. Solène Billaud et Jingyue Xing, « “On n'est pas si mauvaises !” Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », *SociologieS* [En ligne], 6/2016 consulté la dernière fois le 29 novembre 2016. URL : <http://sociologies.revues.org.proxy.scd.univ-lille3.fr/5372>

21. Anne Marché Paillé, « Emotions et travail d'assistance aux soins personnels en gérontologie. Se garder du dégoût, mais pas trop », *Sciences de l'éducation, Faculté des études supérieures de l'Université Laval*, 2011.

22. Pascale Molinier, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013.

23. ANESM, « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, synthèse*.

24. « C'est cette souffrance qu'implique, pour le fonctionnement psychique, le fait d'apporter, nolens volens, son consentement à participer à des actes que pourtant, moralement, on réprouve. » Christophe Dejours, *Le choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité*, Montrouge, Bayard Jeunesse, 2015, p. 23.

25. Noémie Marignier, « Un point de vue sur les savoirs situés », billet de blog, *Espaces réflexifs* [En ligne], 04/2014 consulté la dernière fois le 5 décembre 2016. URL : <http://reflexivites.hypotheses.org/5952>

26. I. Loffeier, « La « norme de sollicitude » jusqu'à l'oubli de soi dans la prise en charge des résidents de maison de retraite », op. cit.

27. « Tout groupe dominé produit, de par sa condition, un “texte caché” aux yeux des dominants, qui représente une critique du pouvoir. Les dominants, pour leur part, élaborent également un texte caché comprenant les pratiques et les dessous de leur pouvoir qui ne peuvent être révélés publiquement. La comparaison du texte caché des faibles et des puissants, et de ces deux textes

cachés avec le texte public des relations de pouvoir permettra de renouveler les approches de la résistance à la domination. » James C. Scott, *La domination et les arts de la résistance : fragments du discours subalterne*, trad. fr. Olivier Traduction Ruchet, Paris, France, Ed. Amsterdam, 2008, p. 12.

28. P. Molinier, *Le travail du care*, op. cit., p. 26. « Il existe un vrai contraste entre la revendication de l'amour des personnes âgées et la dureté des rapports sociaux de travail, sans parler de la pénibilité de certaines tâches. »

29. Joan C. Tronto, *Un monde vulnérable pour une politique du « care »*, Paris, La Découverte, 2009, p. 147.

30. Bernard Ennuyer, *Les malentendus de la dépendance de l'incapacité au lien social*, Nouvelle présentation., Paris, Dunod, 2004, p. 21.

31. Deux enquêtes de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) nous permettent d'analyser l'évolution de l'offre de soin d'hébergement aux personnes âgées entre 2007 et 2011. Ces études portent sur les EHPA et sur le profil des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er877.pdf> ; <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt200.pdf>. Une enquête réalisée à partir des données du Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) nous permet de compléter certaines informations : Lucas MORIN, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014 », *Revue de Gériatrie*, vol. 40, no 9, 2015, p. 529-538.

32. 1 % des places d'hébergement pour personnes handicapées appartiennent au secteur privé commercial (12 % au public et 87 % au privé non lucratif), http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_annuel_2015_territoires_et_politiques_de_lautonomie.pdf

33. Avec une forte disparité géographique (essentiellement en région parisienne, PACA et ouest de la France) : L. MORIN, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014 », op. cit.

34. B. Ennuyer, *Les malentendus de la dépendance de l'incapacité au lien social*, op. cit., p. 94.

35. Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

36. [En ligne], consulté la dernière fois le 29 novembre 2016, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

37. Depuis 2006, la CNSA gère les financements et missions en faveur des personnes âgées et handicapées.

38. Le terme PATHOS n'est pas un acronyme. Il est défini comme « Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées » (voir, par exemple, <http://www.lesocial.fr/info/sigles>).

39. [En ligne], consulté la dernière fois le 29 novembre 2016, <http://www.ars.hauts-de-france.sante.fr/Formation-l-Outil-PATHOS.130720.0.html>

40. Luc Broussy, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO !*, 2013.

41. Ilona Delouette et Laura Nirello, article à paraître, « Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », p. 3.

42. Ibid., p. 11.

43. Laurent Simon, « Informatisation du dossier de soins en EHPAD », Université René Descartes - Paris V, Faculté de Médecine Cochin - Port Royal, DIU formation à la fonction de médecins coordonnateur d'EHPAD, 2007 [En ligne], consulté la dernière fois le 2 décembre 2016. URL : <http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2007-2008/Informatisation%20du%20dossier%20de%20soins%20en%20EHPAD%20-%20Memoire%20de%20Laurent%20Simon.pdf>

44. Ibid., p. 16.

45. L. Simon, *Informatisation du dossier de soins en EHPAD*, op. cit.

46. Expression qui renvoie à la signature numérique dont parle Laurent Simon.
47. Un aide-soignant en formation des assistant-e-s de soins en gérontologie, domaine de formation n° 5 : « réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées », module : « l'éthique », Institut Universitaire Santé Social, Université Catholique de Lille, mai 2016
48. Dominique Memmi, « Aides à domicile et domination rapprochée », La Vie des idées [En ligne], 04/2016 consulté la dernière fois le 5 décembre 2016. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Aides-a-domicile-et-dominance-rapprochee.html>
49. Michèle Charpentier et Anne Quéniart, Vieilles, et après ! : Femmes, vieillissement et société, Montréal, Editions du Remue-Ménage, 2001.
-

RÉSUMÉS

Paradigme opératoire pour penser les effets des usages ultralibéraux des logiques comptables dans le champ de la santé, les soins en EHPAD étudiés ici nous paraissent révéler la façon dont les professionnel-le-s de santé conçoivent, dans leurs pratiques, l'articulation des conditions de travail, des pressions managériales et de la qualité de vie des usagères. En porte à faux avec la dégradation des conditions de travail observable sur le terrain, l'institutionnalisation d'une éthique de la sollicitude pose problème. Cette éthique fait du bien-être des résidentes la norme du soin en contraignant les travailleur-e-s du *care* à compenser les effets délétères de la financiarisation de la dépendance. Cet article propose une étude de cas, centrée sur la construction du point de vue situé des aides-soignantes travaillant en EHPAD, soumises aux logiques de normalisation technique du soin. Le détournement des outils de mesure du soin – dont le Projet de Soins Informatisé fait partie – témoigne de la façon dont les aides-soignantes produisent des savoirs qui leur sont propres à partir d'une critique du cadre épistémique légitime de la sollicitude (proposé en formation initiale et continue et servant de modalité d'évaluation de leurs pratiques) et de la conscientisation d'un sens du travail partagé et partageable avec les usagères. C'est donc une réflexion sur les enjeux des usages de l'éthique du *care* que nous proposons. Nous envisageons la définition du bien-être des résidentes comme intérêt commun aux usagères et aides-soignantes.

INDEX

Mots-clés : EHPAD, éthiques du care, sollicitude, aides-soignantes, conditions de travail, qualité de vie, biopolitique, logiques comptables

AUTEUR

ALICE LANCELLE

Après un double cursus en Philosophie et Études Théâtrales en 2005, Alice Lancelle a travaillé comme aide à domicile auprès de personnes âgées et comme aide-soignante en EHPAD. En 2012, elle suit le Master 2 de philosophie, mention « Éthique du vivant », à l'Université de Lille 3. Actuellement doctorante en Philosophie sous la direction de Philippe Sabot (Lille 3), son projet

s'intitule : « Les relations individuelles de soin à l'épreuve des institutions : enjeux éthiques des relations de soin (le cas des Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD) ». De 2013 à 2016, ce travail a été financé par la Région Nord-Pas-de-Calais et l'Université Catholique de Lille. Dans ce cadre, elle a mené une enquête de terrain dans un EHPAD (un an et demi) ; animé un groupe d'éthique clinique à l'hôpital Saint-Philibert, avec Rozenn Le Berre (maître de conférence en philosophie) ; encadré un séminaire de Master 2 sur les éthiques du *care*, avec Rozenn Le Berre ; et assuré des charges d'enseignement et de formation.