

Libre propos

« VOUS AVEZ VU ? ILS ME PRENNENT TOUS POUR UNE FOLLE »

Des effets de l'organisation des soins à domicile sur Marguerite Amman

[Annick Anchisi](#)

Caisse nationale d'assurance vieillesse | « **Gérontologie et société** »

2022/3 vol. 44 / n° 169 | pages 25 à 34

ISSN 0151-0193

DOI 10.3917/gsl.169.0025

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2022-3-page-25.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Caisse nationale d'assurance vieillesse.

© Caisse nationale d'assurance vieillesse. Tous droits réservés pour tous pays.

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

**Libre propos – « Vous avez vu ?
Ils me prennent tous pour une folle ».**
**Des effets de l'organisation des soins à domicile
sur Marguerite Amman**

Annick ANCHISI

Libre propos – Maltraitance et vulnérabilité

Coline BOULLARD

**Habitations collectives : maltraitance, intimidation
ou intolérance entre aînés ?**

Roxane LEBŒUF, Marie-Chantal FALARDEAU, Marie BEAULIEU

**En contexte de proche aidance, la personne
maltraitée n'est pas toujours celle que l'on pense !**

Sophie ÉTHIER, Anna ANDRIANOVA, Marie BEAULIEU,
Mélanie PERROUX, France BOISCLAIR, Christiane GUILBEAULT

« Vous avez vu ? Ils me prennent tous pour une folle »

Des effets de l'organisation des soins à domicile
sur Marguerite Amman

Annick ANCHISI

Sociologue, professeure à la Haute École de Santé Vaud (HESAV),
HES-SO, Lausanne

Résumé – Cet article reprend l'histoire de Marguerite Amman, 86 ans, cliente d'un service de soins et d'aide à domicile. Il montre comment l'organisation de soins va se jouer contre elle, parce que, d'une part, les tâches et les responsabilités sont fractionnées et que, d'autre part, il y a une disjonction entre les problèmes évoqués par Marguerite et ceux repérés par le système d'analyse informatisé.

Mots clés – personne âgée, soins à domicile, organisation, bureaucratie, trajectoire fractionnée

Abstract – “See that? They all think I’m crazy.” Effects of home care organization on Marguerite Amman

This article tells the story of Marguerite Amman, an 86-year-old client of a home care service. It shows how the care organization works against her, because on the one hand, tasks and responsibilities are split, and on the other hand, there is a disjunction between the problems mentioned by Marguerite and those identified by the computerized analysis system.

Keywords – old people, home care, organization, bureaucracy, split trajectory

Introduction

Il a fallu cet appel à publication sur la maltraitance pour que l'image de Marguerite Amman se fasse présente à mon esprit. Je lui ai donné peu de visibilité jusqu'ici, un encadré dans une publication précédente sur la hiérarchie des diverses professionnelles¹ de santé (Anchisi, 2017), ou encore noyée dans une catégorie d'analyse sur les trajectoires d'aide et de soins à domicile concernant les personnes de 80 ans et plus² (Anchisi *et al.*, 2014). J'ai fait sa rencontre en 2012, je l'ai vue régulièrement durant 3 mois, accompagnant les professionnelles qui s'occupaient d'elle 2 fois par jour à la maison. Informateurs et informatrices passent dans la vie d'une chercheuse, la marquent plus ou moins, les voix peuvent être intactes à l'oreille après plusieurs années, le souvenir demeure vif, Marguerite Amman est de celle-là. Je garde en tête assez précisément notre dernier entretien. Au moment des au revoir, elle me dit : « Vous avez vu ? Ils me prennent tous pour une folle. » Nous nous sommes serrées dans les bras, je suis partie, entre tristesse et honte. Quelques semaines après, elle a fait une chute, puis a été placée dans une maison de retraite médicalisée. Elle y a vécu quelques mois avant de mourir.

Témoin de la dure et longue lutte de Marguerite Amman pour vivre chez elle, témoin aussi d'une institution de soins à domicile qui, au contraire de miser avec elle que cela fût possible, ne lui a donné que peu de chance, témoin enfin de ma propre incapacité comme chercheuse à avoir pu infléchir le cours des choses. Je n'ai jamais pensé que Marguerite Amman était folle, j'ai tenté de remettre en question les jugements à l'emporte-pièce, « elle a des troubles cognitifs, c'est clair », demandant si des tests avaient été faits pour poser ce diagnostic ou rappelant que toutes n'étaient pas du même avis à ce sujet, mais je n'ai pas pu freiner la lame de fond qui a consisté à dire et répéter qu'au vu de la situation, elle ne tiendrait pas à la maison. Rien de bien exceptionnel, juste un nombre d'éléments qui une fois mis ensemble laissent à penser que cette institution en charge des soins à domicile est mal adaptée aux vieilles personnes bien qu'elles en soient la clientèle majoritaire. L'organisation du travail, le tournus des professionnelles, les procédures disjonctives des évaluations de soins et les réponses données par les algorithmes informatisés, les représentations déficitaires de la vieillesse ont contribué à augmenter les difficultés par ailleurs réelles de Marguerite Amman. Pourtant, formée au niveau universitaire, ni pauvre ni seule, elle n'avait pas le profil type de la « victime » et, même si toutes les planètes avaient été alignées, elle aurait pu tout de même finir sa vie dans une maison de retraite médicalisée. Je reste néanmoins convaincue que tout a concouru à son déclin.

¹ Ce secteur d'emploi étant largement féminisé, nous utiliserons le féminin pour qualifier ces professionnelles de santé.

² Le corpus de données de l'étude à l'origine de ce texte comprend l'analyse de huit situations de travail de soins sur trois mois. Les clients du centre médico-social (CMS), dispositif public de soins et d'aide à domicile, devaient être âgés de 80 ans et plus et bénéficier de soins de base. Les données ont été recueillies au cours d'entretiens semi-directifs (n 65) qui ont été conduits avec les personnels des CMS. Des entretiens informels ont été réalisés avec les professionnelles, les proches ou les personnes âgées en fonction des nécessités de clarification ou des opportunités offertes par les situations (pauses, trajets, etc.). Les séquences d'observation ont porté sur : les premières évaluations réalisées par les responsables de situations de soins, les réévaluations au cours des trois mois, des séquences de soins ou d'interventions avec les diverses professionnelles, des colloques de service durant lesquels la situation des clients suivis dans le cadre de la recherche était discutée. L'analyse a également tenu compte des documents tels que les dossiers des clients, les cahiers des charges, les directives internes de gestion et de délégation.

Cette situation parce qu'inscrite dans ma mémoire est nécessairement reconstruite. Je m'appuierai cependant sur des éléments tangibles, issus de mon carnet de bord contenant mes observations, des 15 entretiens³ que j'ai menés dans le cadre de cette situation en particulier et du dossier infirmier auquel j'ai eu accès. Je ne vise pas ici à une forme d'objectivité qui ferait suite à la pondération des divers points de vue. Il s'agit d'un parti pris assumé, celui de la chronique d'une faillite annoncée.

Marguerite Amman, 86 ans

Marguerite Amman, 86 ans, se casse le col du fémur lors d'une chute à domicile. Elle est opérée et séjourne 6 semaines dans une clinique de réadaptation⁴. En tout, elle est absente de chez elle deux mois. Elle rentre à la maison un jeudi à 17h, son appartement n'a pas été évalué sous l'angle de l'accessibilité et des risques, l'infirmière et l'ergothérapeute, toutes deux référentes⁵ de la situation, interviendront en urgence le vendredi matin pour faire les premières adaptations (évaluer la situation de soins et le réseau des proches, surélever le lit et les toilettes). Elle marche avec difficulté avec 2 béquilles ou un cadre de marche, nécessite des soins à domicile 2 fois par jour, pour le lever, la toilette, l'habillage, le déjeuner et la préparation au coucher. Un de ses fils mange avec elle midi et soir – les repas du midi viennent d'un service de portage – il couchera sa mère vers 22h, mise en chemise de nuit et pourvue d'une protection contre l'incontinence par les auxiliaires polyvalentes⁶ entre 17 et 18h. Après négociation entre le service de soins et son fils, il ne souhaite pas devoir changer sa mère. Du lever – pouvant varier entre 9h30 et 10h30 – à la préparation au coucher, Marguerite habillée en tenue de sport pour faciliter les manutentions vit chez elle, se déplace dans son appartement et s'occupe comme elle peut. Elle lit, regarde la TV, attend son fils ou les soignantes. Elle vit dans un immeuble sans voisinage direct, les appartements étant principalement occupés au moment des vacances.

³ Soit : des entretiens avec des professionnelles du CMS sans contact direct avec Marguerite : 1 responsable de centre (infirmière), 1 responsable des aides de ménage, 1 secrétaire, 1 responsable d'équipe (infirmière), 1 infirmière en psychiatrie, 1 assistante sociale, puis des entretiens avec les professionnelles directement liées à sa situation : 1 infirmière référente et 1 ergothérapeute (interviewées 2 fois, voir ci-après), 4 auxiliaires polyvalentes, le fils de Marguerite et de nombreux entretiens informels avec elle. La méthodologie était prévue comme telle : suite aux observations et entretiens menés par 3 chercheurs de l'équipe de recherche durant 3 mois dans les 8 situations, un quatrième chercheur menait des entretiens conclusifs sur l'évolution des situations auprès des référentes, ceci 3 mois après la fin de l'étude. L'objectif était de comprendre comment la narration était organisée pour expliquer l'issue des situations.

⁴ Seules 4 semaines de réadaptation sont autorisées par le système assurantiel, Marguerite a bénéficié de 2 semaines supplémentaires sur argumentation du médecin, son état ne permettant pas un retour à domicile plus tôt.

⁵ Dans ce service, il y a une référente de situation (responsable) et une référente métier (responsable également mais qui a des aptitudes spécifiques selon les situations : ergothérapeute, infirmière en psychiatrie par ex.). Il y a donc 2 référentes pour la même situation qui ont sous leurs ordres les auxiliaires polyvalentes.

⁶ Les auxiliaires polyvalentes, autrefois nommées aides-soignantes, sont les soignantes les moins qualifiées et les moins bien rémunérées du dispositif. Elles ont pour la plupart une formation de 14 jours et 1 stage de 15 jours en milieu de soins ; elles bénéficient de 1 ou 2 jours par année de formation continue sur les troubles cognitifs ou les risques de chutes par exemple. Ne pouvant pas travailler à plus de 70 %, elles servent de variable d'ajustement des organisations, ceci permet d'éviter les heures non facturables (hospitalisation d'urgence ou décès de clients par ex.).

Marguerite est veuve depuis 2 ans, elle a trois garçons, dont deux vivent sur place. Un est selon ses propres dires « *le con de célibataire* » (entretien avec le fils), assigné malgré lui au rôle d'aidant familial principal sans avoir jamais pu le discuter avec ses frères. Elle a des petits-enfants, uniquement des garçons. Pas plus qu'ils ne l'ont été par le dispositif sanitaire, les aspects instrumentaux de l'aide et la planification du retour à domicile n'ont pas été réglés par sa famille, « *c'est bien une famille de garçons* », dit-elle. Elle a une femme de ménage avec qui elle entretient des rapports chaleureux, « *un peu comme une fille* ». Malgré son statut ou peut-être à cause de celui-ci – elle avait un poste à responsabilité dans la commune, était une figure respectée et crainte –, Marguerite est plutôt seule. Elle est entourée de ses souvenirs, de nombreux tableaux, dont un qui représente la Normandie où elle a acquis avec son mari un petit appartement au bord de la mer. Après la mort de ce dernier, un de ses fils l'a conduite là-bas, elle y a passé un mois. Son projet, c'est de récupérer pour y retourner.

Le plan de soins de Marguerite, l'oubli de l'incontinence

Quand je rencontre Marguerite Amman pour la première fois, et après les présentations d'usage, la chose qu'elle me confie d'emblée est son problème d'incontinence. Lors de son séjour en réadaptation, la veilleuse de nuit, seule, ne pouvait pas la lever pour l'accompagner aux toilettes. Marguerite s'est donc retrouvée avec une protection où elle « *devait faire dedans* », elle s'est sentie humiliée par le procédé, elle en a surtout gardé les séquelles. Depuis, elle est incontinente, c'est-à-dire qu'elle n'arrive plus à retenir ses urines comme avant, ceci se complique à domicile par le fait qu'elle marche avec difficulté, lentement et qu'elle a de la peine à se lever seule. Elle consent donc à porter des protections complètes durant la nuit, plus légères la journée. Elle arrive le plus souvent aux toilettes, mouillée d'urine. Les 3 premières nuits, un de ses petits-fils dort sur place. Il a dû l'aider à enlever ses protections souillées le premier matin et ne sait pas où les mettre ; je les verrai entreposées dans la salle de bains lors de mon premier passage. Il me dit que lui et son oncle (le fils qui vient pour les repas) sont perdus et dépassés, pas préparés à ça, il n'a jamais imaginé devoir changer sa grand-mère. Du point de vue de l'ergothérapeute, cela ne devait pourtant pas poser de problèmes :

Il [le petit-fils] est à bonne école puisqu'il a une mère infirmière.
(Carole, ergothérapeute)

Faisant fi de la difficulté pour les proches de s'occuper du corps et du linge souillés d'un ascendant ou d'une ascendante (Anchisi, 2016).

L'infirmière de référence qui fera l'évaluation de soins de Marguerite n'entendra pas non plus ses plaintes à ce sujet, le problème prioritaire évalué par l'algorithme informatique ciblant la réadaptation à la marche et le risque de luxation de la hanche opérée. Sur le plan des soins, il est dit que *Madame Amman ne doit pas croiser les jambes (opérée de la hanche G)* sans précision de durée. Concernant la toilette, les auxiliaires de soins liront que :

Madame s'assoit sur la planche de bain. On met notre main gauche dans le dos de Madame comme soutien et on accompagne la jambe gauche, puis la droite avec notre main droite. On aide Madame lorsqu'elle a induit le mouvement du tronc. Elle se tient à la poignée murale ou à la poignée de la planche de bain.

Pour ce qui est de la marche, il faudra :

Exercer le transfert du poids du corps sur MIG et MID [membre inférieur droit et gauche, c'est nous qui notons] devant la table sans appui et plus loin, la consigne est de : ramener le pied gauche à même hauteur du droit, rythme lent mais régulier et la longueur des pas en cours de route.

En réponse à cette consigne compliquée des transferts, les auxiliaires relèveront dans le dossier une fois *qu'elle est plus alerte et rapide* et le lendemain, *qu'elle se déplace très très doucement* [deux auxiliaires différentes]. Pour ces soignantes, le passage de la toilette du lavabo à la douche n'est pas clair, l'une pense que c'est la cliente qui a peur et c'est elle qui décidera du bon moment, une autre au contraire ne voit pas où est le problème :

Il faudra que je parle à mes collègues, parce que moi je pense qu'on peut la doucher.
(Fernanda, auxiliaire polyvalente)

Au vu du risque évoqué – luxation de la hanche si la cliente croise les jambes –, certaines auxiliaires ne prendront pas le risque de la doucher. L'ordre sera inscrit dans le dossier, mais dans les faits, il faudra attendre 3 semaines pour qu'il soit effectif, jusque-là elles continueront de la laver au lavabo avec les difficultés que cela comporte comme le fait de lui faire un shampoing ou de lui laver les pieds.

Marguerite Amman aurait des problèmes cognitifs

Si pour l'infirmière de référence Marguerite fait des progrès les premiers jours de son retour à la maison (elle a l'écho des auxiliaires) au point qu'elle pense pouvoir supprimer les passages du soir, l'ergothérapeute estime elle d'emblée qu'elle n'a plus la maîtrise de son schéma moteur :

Donc il semblerait qu'elle l'ait perdu entre le jeudi matin et le jeudi soir [...] c'est possible dans le cas d'un... comment on va dire ça, d'un grand stress. Le fait de revenir à la maison alors que Madame pour elle ne se sentait pas prête à revenir, ça généré un stress, ça généré une angoisse et l'angoisse peut faire perdre les schémas moteurs, comme la dépression ou des choses comme ça.
(Carole, ergothérapeute)

De la perte du schéma moteur au risque de troubles cognitifs débutants, puis plus sévères, il n'y a qu'un pas qui est franchi au moment où Marguerite se retrouve souillée par un épisode de diarrhées au petit matin ; elle ne peut pas atteindre les toilettes toute seule. Elle attendra au lit l'auxiliaire de vie qui passera vers 10h. Elle reste traumatisée par cet épisode et le relate à plusieurs reprises n'entendant pas la soignante qui, voulant la calmer, lui répète que ce n'est pas grave et que c'est son métier (notes de mon carnet de bord).

Cet événement qui marque Marguerite va entraîner l'idée chez les référentes que, d'une part, elle se répète, et que, d'autre part, cette obnubilation qui l'entrave dans sa compréhension des diverses consignes renvoie à un problème cognitif, selon l'ergothérapeute :

Il y a quand même un ralentissement psychomoteur qui est observé, c'est-à-dire que pour son âge et comment elle était décrite avant, depuis sa casse elle a un gros ralentissement psychomoteur.
(Carole, ergothérapeute)

Au colloque de réseau du service auquel je participe (les auxiliaires sont absentes), cette observation est légitimée. Là, l'ergothérapeute signale qu'il est impossible pour Madame Amman de faire des « doubles tâches », soit par exemple parler et marcher simultanément, ou quand elle s'endort à table et qu'elle ne mesure pas les risques de chute. Elle pose la question d'un ralentissement moteur généralisé et éventuellement l'existence de troubles cognitifs. Le doute est semé, puis réifié. Ces troubles supposés ne sont pourtant jamais objectivés par des tests diagnostiques ou par l'évaluation de sa médication, ils seront mis sur le compte de l'angoisse du retour à domicile dans un premier temps, puis sur le compte du processus déficitaire lié à la vieillesse. Incontinent et démente, à partir de là, les perspectives de Marguerite sont minces.

Les auxiliaires polyvalentes, au cœur des soins au quotidien, sont plus nuancées. Elles voient plutôt les progrès de Marguerite :

Elle collabore beaucoup donc elle veut bien se lever tout de suite, on part directement aux toilettes [...] donc elle participe beaucoup, elle fait beaucoup tout ce qu'elle peut, tout le devant c'est elle qui fait même.
(Carmen, auxiliaire polyvalente)

Marguerite se donne de la peine, s'exerce, met tout de son côté pour que ça aille :

elle m'a même montré l'autre soir qu'elle pouvait marcher sans tintébin [cadre de marche], c'est des petits pas mais il y a du progrès, moi je la stimule beaucoup à aller sur son balcon comme on a une belle période de beau, elle y est allée plusieurs fois elle m'a dit, je trouve qu'elle a fait beaucoup de progrès.
(Judith, auxiliaire polyvalente)

Centrées sur les soins du corps à donner et bien que sensibles aux détails, elles sont contrecarrées dans leur ouvrage par l'organisation du travail. Sous couvert de polyvalence, le tournus des soignantes est majeur (jusqu'à 15 soignantes différentes peuvent se relayer par semaine dans une même situation). Ainsi, les soins des cheveux, des ongles ou encore le changement du linge restent aléatoires, l'une pensant que la précédente s'en est chargée :

Cinq à six jours, je n'y suis pas allée, je la vois toujours avec le même pull, le même pantalon qu'elle est rentrée, alors j'ai dit ça, ça ne va pas, alors j'ai discuté avec elle et puis je lui ai dit « mais vous savez Mme Amman je crois qu'il faudrait changer de pull parce que depuis que vous êtes rentrée à la maison vous avez toujours le même pull » et puis elle me dit « oui c'est vrai ».
(Fernanda, auxiliaire polyvalente)

Étant présente un matin où la question du changement de survêtement se pose, je vois que Marguerite hésite, qui était là hier ? avec qui elle en a parlé déjà ? Sans trouver la réponse. Je me pose la question pour moi-même, comment j'étais habillée il y a deux ou trois jours ? Ce que j'ai mangé le soir d'avant ? Tous ces détails qui peuvent vous faire vaciller quand ils sont sans réponse immédiate et que de là va dépendre la sentence de troubles de la mémoire.

Trois mois après, à la fin de l'étude, au moment des deuxièmes entretiens avec les référentes⁷ de la situation, le sort est scellé, les deux référentes sont d'accord. Pour l'ergothérapeute :

Je dirais, elle n'était pas prête dans le sens de son autonomie, c'est quelqu'un qui n'était pas indépendante pour ses transferts, donc du coup des gros risques de chutes et elle avait des pertes de schéma moteur, voilà, donc plus l'aspect psychoaffectif d'un retour qu'elle ne sentait pas trop, il y avait énormément de stress [...] mais je pense que...enfin on soupçonne d'autres atteintes au niveau cognitif chez cette dame quand même.

On soupçonne ?

On soupçonne, ce n'est pas diagnostiqué on dira mais on va dire c'est observé, on a pas mal de retours dans ce sens-là où il y a une fluctuence des compétences attentionnelles et mnésiques chez Madame
(Carole, ergothérapeute)

De même pour l'infirmière :

Donc au niveau cognitif on n'a rien mis en place dans le sens médicamenteux, on n'a rien mis, dans le sens non plus de test tout ça, parce qu'il y a eu au départ un déni et du médecin et du fils [...]. Et ça c'est difficile le cognitif, ah troubles de la mémoire et tout ça, alors ça c'est dur à admettre... vous pouvez dire à la personne vous avez des troubles de l'équilibre « oui », mais troubles de la mémoire ça c'est hyper dur, oui.
(Agnès, infirmière)

De fait, entre deux, Marguerite Amman a été réhospitalisée quelques jours parce qu'elle était confuse, on a objectivé une infection urinaire, classique d'un épisode de confusion, puis après l'instauration d'un traitement, elle est rentrée chez elle.

Alors ? troubles momentanés liés à l'infection urinaire, stress et anxiété relatifs à sa situation ou troubles mnésiques installés ? Impossible de répondre précisément à cette question. Une chose est certaine, les représentations de la dépendance liée à la vieillesse ont d'emblée servi de grille de lecture aux professionnelles les mieux formées. Plus tard, Marguerite retombera chez elle, la suite on la connaît.

⁷ Entretiens conclusifs avec les référentes de la situation de Marguerite, voir note de bas de page n° 3.

Les organisations et leurs effets

Quand on lit les éléments précédents, on peut être étonné de plusieurs choses. L'organisation et ses effets ne sont jamais questionnés par les cadres du service de soins et les référentes comme pouvant avoir des effets sur les usagers et les usagères. Les auxiliaires polyvalentes elles en subissent les effets, dans leur planning (adaptation constante aux situations de soins), dans leur mobilité professionnelle (aucune possibilité de gravir les échelons) et dans leur employabilité (taux maximum de 70 % afin que toutes leurs heures soient facturables à l'assurance maladie de base). Les assurances maladies⁸ et leur mainmise sur les organisations de soins à domicile sont d'ailleurs largement convoquées pour expliquer cet état de fait :

Depuis quelques années l'assurance est devenue beaucoup plus stricte au niveau du paiement des factures, donc là ça a entraîné en fait un grand travail au niveau de l'équipe, donc de ma part parce que c'est moi qui reçois les informations des assurances qui va vers le référent en disant voilà l'assurance, pour telle prestation, a payé que les 2/3, il manque 1/3, donc on va le justifier, c'est un travail administratif en plus.
(Anne-Marie, responsable de centre)

Sur cette base d'une augmentation des tâches bureaucratiques, les professionnelles les mieux formées, infirmières, ergothérapeutes, assistantes sociales, se réfèrent à une conception managériale du travail, elles évaluent, délèguent, distribuent, supervisent.

J'ai délégué l'aide à la toilette le matin, l'aide du soir, donc ça c'est moi qui délègue puisque c'est des actes infirmiers délégués, donc moi j'ai délégué, l'ergo a délégué aussi aux auxiliaires comment marcher et tout.
(Agnès, infirmière référente)

Dans ce service de soins à domicile – comme dans tous les autres services de l'étude –, plus les professionnelles sont formées, plus elles sont éloignées des situations de soins ; notamment des soins au corps. Après une première évaluation, les référentes mettent en route les plans de soins, puis les réévaluent mensuellement. En dehors de cela, elles réalisent des soins plus techniques, tiennent à jour les dossiers, participent aux colloques de réseaux et forment les auxiliaires polyvalentes à être leurs yeux et leurs oreilles, à distance :

Alors non parce qu'on a quand même un pool d'auxiliaires, alors moi je suis allée avec deux auxiliaires, mais toutes les autres non, en lisant le document par rapport aux situations qu'elles ont eues aussi récemment où on a pu aller avec elles et intervenir, par rapport aux formations continues qu'on

⁸ Dans le cadre des soins à domicile, les assurances maladie remboursent les prestations sur la base d'un catalogue (moins la franchise de l'assurance maladie et la quote-part, selon les cantons, payées par les assurés) ; ceci à hauteur de 60 heures par trimestre (si cette limite est dépassée, il peut y avoir un accord avec les caisses maladie). Ces prestations sont standardisées et converties en minutes pour être réalisées par les diverses professionnelles du domicile – services de soins publics ou privés – (sachant par exemple qu'une toilette coûte du simple au double si elle est faite par une auxiliaire ou une infirmière, d'où l'attribution des soins de base aux moins qualifiées).

*fait ici par rapport aux mobilisations, pour elles ça jouait d'y aller,
j'ai eu des téléphones avec 2-3 questions pratiques,
mais je n'ai accompagné que 2 auxiliaires sur le terrain.
(Carole, ergothérapeute)*

Les auxiliaires elles, disent faire leur travail souvent seules :

Ah oui, oui parce que... c'est vrai qu'on est seule si vous voulez sur le terrain, mais s'il y a un souci ou un problème on peut toujours téléphoner ici au bureau si c'est l'après-midi [...]

Donc vous atteignez tout le temps quelqu'un ?

En général, oui.

Et si vous avez un ennui à 6h le soir aussi ?

Alors ça je n'ai encore jamais eu besoin de l'employer, je touche du bois parce que j'espère ne jamais l'employer, mais on a un numéro de téléphone et puis c'est une dame de garde.

(Judith, auxiliaire)

Même si elles reconnaissent avoir la possibilité d'avoir accès à une diplômée par téléphone ou en passant au bureau, il arrive que dans le feu de l'action (une personne souillée ou opposée à leur présence par exemple) elles prennent des décisions hors du plan de soins prescrit, les renvoyant à un risque d'erreur ou de blâme. Sortir le linge d'une machine ou descendre une poubelle, acheter du pain pour un client ou une cliente en passant devant la boulangerie peut être évalué par les cadres comme du « non-professionnalisme », puisque hors prescriptions. Malgré cela, elles font le travail, parfois même plus. J'ai été témoin à plusieurs reprises d'auxiliaires qui prenaient un peu plus de temps avec Marguerite pour discuter, volant quelques minutes et devant du coup les rattraper dans la journée.

Les Marguerites sont nombreuses, essayant bon an mal an de s'en tirer comme elles peuvent avec, si elles ont de la chance, des proches présents. Elles luttent contre cette vieillesse vue comme un long processus déficitaire, dont les troubles cognitifs qui les épinglent tels des papillons dans une vitrine. Elles luttent aussi contre une organisation dont on nous dit qu'on ne peut pas faire autrement. La nôtre de Marguerite aura eu du mérite, rendue incontinente par le centre de réadaptation, elle tentera de se faire entendre sur ce problème. Puis, n'ayant pas gain de cause, elle mettra les chances de son côté, elle marchera, marchera encore, trouvera des techniques pour se montrer bonne élève..., ça n'y suffira pas. Elle rencontrera des auxiliaires polyvalentes qui feront des pas de côté, lui lavant les cheveux alors que cela n'est pas prévu, lui trouvant une paire de chaussures mieux adaptées ou prenant un peu plus de temps que la prestation ne l'accorde pour causer de cette Normandie chérie. Elle permettra aussi à une chercheuse d'être là, relatant 10 ans après sa mort ses impressions et constats au détour d'un texte, reflet si mince de toute une vie.

Références

- Anchisi, A. (2016). Les souillures du grand âge, entre délégation et dénégation. Dans D. Memmi, G. Raveneau et E. Taïeb (dir.), *Le social à l'épreuve du dégoût* (pp. 127-137). Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.
- Anchisi, A. (2017-2018). Les mains, le cœur, la tête ou le difficile exercice du métier d'auxiliaire polyvalente. Dans A. Anchisi et E. Gagnon. (dir.), *Aides-soignantes et autres funambules du soin, entre nécessités et arts de faire* (pp. 51-67). Québec, QC : Presses universitaires de Laval et Lausanne, Suisse : Les Éditions de l'EESP. Repéré à : <https://www.pulaval.com/livres/aides-soignantes-et-autres-funambules-du-soin-entre-necessites-et-art-de-faire>
- Anchisi, A., Kühne, N., Debons, J. et Follonier, M.-C. (2014). Situations de soins à domicile : discontinuité des trajectoires. *Recherche en soins infirmiers*, ARSI, (118), 26-37. <https://doi.org/10.3917/rsi.118.0026>

e-mail auteur

annick.anchisi@hesav.ch