



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Comprendre le travail de l'auxiliaire de vie dans la prise en charge de la  
personne âgée fragile vivant au domicile.**

Présentée et soutenue publiquement le 9/10/2019 à 18 heures  
Au Pôle Formation  
**Par Anne de Boursetty**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Sophie QUINTON-FANTONI**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Daniel DREUIL**

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.







## Liste des abréviations

CNPG : conseil national professionnel de gériatrie

DREES : Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques.

HAS : Haute Autorité de Santé

SFGG : société française de gériatrie et gérontologie

**Comprendre le travail de l'auxiliaire de vie chez la personne âgée fragile vivant au domicile.**

# SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| <b>Résumé</b> .....  | 10 |
| <b>Introduction</b> .....  | 12 |
| <b>Méthode</b> .....   | 16 |
| <b>Résultats</b> .....   | 18 |
| Tableau 1 : Les caractéristiques des participants.....   | 18 |
| <b>I) CHAMP D’ACTION DE L’AUXILIAIRE DE VIE</b> .....  | 19 |
| <b>a- Accompagner et aider pour les activités essentielles et ordinaires de la vie quotidienne</b> ..... | 19 |
| <b>b- Maintenir une « existence publique »</b> .....   | 20 |
| <b>c- Se substituer aux proches</b> .....  | 21 |
| <b>d- Redonner du goût à la vie</b> .....  | 22 |
| <b>II ) LES RESSOURCES MOBILISEES PAR L’AUXILIAIRE DE VIE</b> .....                                      | 26 |
| <b>a- Des intentions de soignants</b> .....  | 26 |
| 1) <u>Regarder, être attentive aux détails, repérer</u> .....  | 26 |
| 2) <u>Prévenir</u> .....   | 29 |
| 3) <u>« Diagnostiquer »</u> .....  | 29 |
| 4) <u>Transmettre</u> .....  | 30 |
| 5) <u>Se coordonner</u> .....  | 31 |
| 6) <u>Alerter</u> .....  | 32 |
| <b>b- Des ressources personnelles</b> .....  | 32 |
| 1) <u>Considérer la personne</u> .....   | 32 |
| 2) <u>Ecouter</u> .....  | 33 |
| 3) <u>Rassurer</u> .....   | 33 |
| 4) <u>Conseiller</u> .....   | 34 |
| 5) <u>Être drôle</u> .....   | 35 |
| 6) <u>Être astucieux</u> .....   | 35 |
| 7) <u>Ruser</u> .....  | 36 |
| 8) <u>S’adapter</u> .....  | 37 |
| 9) <u>Insister</u> .....   | 37 |
| 10) <u>Recadrer</u> .....  | 37 |
| 11) <u>Se battre pour autonomiser</u> .....  | 38 |
| <b>III) UN METIER EXPOSE ET SOUMIS A UNE CHARGE PHYSIQUE ET MENTALE IMPORTANTE</b> .....                 | 38 |
| <b>a- Être témoin</b> .....  | 38 |

|  |    |
|--|----|
| <b>b- La charge physique</b> .....   | 40 |
| <b>c- L'épreuve du « sale »</b> .....  | 40 |
| <b>d- Les agressions</b> .....   | 41 |
| <b>e- Charge mentale et risque d'épuisement</b> .....                                      | 43 |
| 1) Entendre en « boucle » les « malheurs des autres ».....                                 | 43 |
| 2) Gérer des cas compliqués.....   | 43 |
| 3) Gérer son travail et sa vie privée.....   | 43 |
| 4) Bien faire malgré le manque d'outils.....   | 44 |
| 5) Bien faire malgré le manque de temps.....   | 44 |
| 6) Ne pas oser dire non.....   | 45 |
| 7) Appréhender, avoir peur.....  | 45 |
| 8) Être seule.....   | 45 |
| <b>f- La mort</b> .....  | 46 |
| <b>IV ) UN METIER DU « BAS DE L'ECHELLE », une identité professionnelle précaire</b> ..... | 47 |
| <b>a- Formations hétérogènes</b> .....   | 47 |
| <b>b- invisibilité</b> .....   | 48 |
| <b>c- Manque de légitimité</b> .....   | 50 |
| <b>d- Reconnaissance statutaire insuffisante</b> .....                                     | 51 |
| <b>e- Deux aspirations</b> .....   | 54 |
| <b>f- Un paradoxe : une profession aimée</b> .....   | 56 |
| <b>Discussion</b> .....  | 58 |
| <b>I) POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE CETTE ETUDE</b> .....                              | 58 |
| <b>a- Points forts</b> .....   | 58 |
| <b>b- Les points faibles</b> .....   | 59 |
| <b>II) DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES</b> .....                                  | 60 |
| <b>a- Un panel de compétences réelles</b> .....  | 60 |
| <b>b- L'importance de l'interprofessionnalité</b> .....                                    | 63 |
| <b>c- La difficulté de valorisation des activités du care</b> .....                        | 64 |
| <b>d- De nombreuses réformes pour peu de résultats</b> .....                               | 66 |
| <b>e- Des professionnelles peu ménagées, des conditions de travail difficiles</b> .....    | 69 |
| <b>f- L'auxiliaire de vie comme exemple d'interdépendance</b> .....                        | 72 |
| <b>g- Quels changements possibles ?</b> .....  | 74 |
| <b>Conclusion</b> .....  | 77 |
| <b>Bibliographie</b> .....   | 80 |
| <b>Annexes</b> .....   | 82 |

## Résumé

**Contexte :** Le concept de fragilité en gériatrie est apparu il y a une trentaine d'années dans un contexte de transition démographique majeur de vieillissement de la population. La personne âgée fragile se trouve dans un état de santé instable, se situant entre le « normal » et le pathologique, à haut risque de décompensation. La prise en charge de ce syndrome consiste en la mise en place de mesures correctives et préventives et nécessite la mobilisation des compétences de tous les professionnels des secteurs sanitaire et social. L'enjeu de ce travail est de montrer que les ressources mobilisées par l'auxiliaire de vie sur le terrain répondent aux besoins de la fragilité.

**Méthode :** Etude qualitative utilisant une méthode par théorisation ancrée. 13 auxiliaires de vie travaillant dans le calvados ont été interrogées. Les entretiens menés étaient initialement de type semi-directifs, et sont progressivement devenus « non-directifs ». Les données ont été codées manuellement.

**Résultats :** L'auxiliaire de vie accompagne voire aide à accomplir les activités ordinaires (entretien du logement, courses, préparation du repas, déplacements etc.) et essentiels (se lever, manger, se laver, s'habiller) de la vie quotidienne devenues compliquées voire dangereuses mais néanmoins indispensables pour la personne âgée fragilisée. Elle occupe une place privilégiée, de confidente, d'amie voire de parent, auprès de son bénéficiaire. Elle s'efforce de lui redonner goût aux choses de la vie. Elle mobilise à la fois des compétences de soignant ; elle repère, prévient, « diagnostique », transmet, alerte, et des ressources personnelles d'une grande bienveillance ; elle écoute beaucoup, rassure, conseille, stimule, fait rire, recadre, insiste. Mais ces multiples tâches réalisées quotidiennement représentent une charge physique et mentale importante, pouvant mener à l'épuisement professionnel. L'auxiliaire semble également exposée à des agressions

physiques et verbales. Malgré son caractère essentiel, cette profession souffre d'un flou identitaire ainsi que d'un manque de reconnaissance majeur.

**Conclusion :** La médecine de la fragilité est une médecine globale de prévention, d'attention et de vigilance qui nécessite de réelles compétences dont certaines largement mobilisées par les auxiliaires de vie. Leur meilleure intégration dans le système de soin répondrait non seulement au besoin des plus fragiles mais participerait à la revalorisation de leur profession.

## INTRODUCTION

Depuis une cinquantaine d'années, en réponse aux transitions démographiques et épidémiologiques que connaissent les pays occidentaux, nous assistons au glissement de l'attention publique des pathologies aiguës vers les pathologies chroniques et du grand âge.

L'essentiel des actions de la gériatrie a longtemps été consacré aux personnes âgées dépendantes, à savoir en incapacité à réaliser les activités de base de la vie quotidienne sans aide extérieure, qui sont pour la plupart dans un état irréversible. Les coûts élevés engendrés par la prise en charge des personnes âgées dépendantes ont obligé l'adoption de stratégies visant à prévenir le déclin fonctionnel et à anticiper la prise en charge des personnes âgées à risque d'entrée dans la dépendance (1).

Afin de définir objectivement l'état de risque précédant l'état de dépendance et d'identifier la population cible qui peut bénéficier des interventions de prévention, la communauté scientifique a décrit le « syndrome de fragilité » (1).

Celui-ci est défini par la société française de gérontologie comme « Un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacité, de chute, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses

conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible»(2)

C'est donc un état de l'organisme qui va bien au-delà de la maladie, et au-delà du seul vieillissement, qui se situe entre le « normal » et le pathologique, à haut risque de décompensation, qui peut rapidement évoluer vers la dépendance ou la mort (3). La fragilité forme ici une porte d'entrée vers la dépendance, que l'on peut considérer comme le niveau ultime de fragilité (4).

Deux modèles de critères de fragilité sont aujourd'hui validés. Le modèle de Fried, fondé sur un phénotype physique qui évalue la présence chez les personnes d'un âge de plus de 65 ans de cinq critères : perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg depuis 1 an, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Les patients sont dits fragiles en présence de trois critères ou plus. Le modèle de Rockwood prend en compte, en plus de ces dimensions physiques, les dimensions cognitives et sociales, formant ainsi un modèle de fragilité multidimensionnel (5).

La prise en charge de la fragilité doit donc tendre vers la correction des critères phénotypiques qui la caractérisent, mais également vers la prévention des innombrables facteurs susceptibles d'être responsables de phénomènes de décompensation.

Les enjeux sont aujourd'hui de pouvoir repérer et évaluer précocement les personnes âgées fragiles, et de mettre en place des mesures correctives et préventives efficaces pour limiter les risques de chutes, d'incapacités, d'hospitalisation en urgence, d'institutionnalisation précoce et de décès.

Le gérontopôle de Toulouse a élaboré un questionnaire, le Gérontopôle Frailty Screening Tool (le GFST présenté en annexe 1), reconnu comme pertinent par la SFGG, et le CNPG, et approuvé récemment par la HAS, pour le repérage de la fragilité en soins primaires (5). C'est un questionnaire spécifiquement conçu pour être utilisé par les médecins

généralistes. Il permet le repérage simple et rapide des principaux critères de fragilité (selon le phénotype de fragilité). Une évaluation approfondie est ensuite réalisée par le médecin traitant lui-même ou par une équipe gériatrique spécialisée afin de mettre en avant les mesures correctives et préventives prioritaires à mettre en place. Ces mesures peuvent être de nature très variable, comme la correction d'une dénutrition, de troubles sensoriels, de troubles de l'humeur, la mise en place d'un programme d'activité physique, la surveillance de l'observance thérapeutique, l'aménagement du logement, la mobilisation d'aides financières, ou encore des mesures de protection juridique. Elles nécessitent des compétences tout autant médicales que paramédicales, sociales voire juridiques.

Ainsi, l'efficacité de ce processus de prise en charge de la fragilité tient non seulement au caractère complet de l'évaluation, de la priorisation des interventions, du suivi et de la coordination des acteurs, mais également de l'intervention d'infirmières expérimentées en gériatrie et de la mobilisation des prestations proposées par les acteurs sociaux ET les services d'aide à la personne (6).

Le travail de l'auxiliaire de vie consiste, chez la personne âgée fragile, en l'accompagnement pour quelques activités ordinaires de la vie quotidienne devenues difficiles à faire seule pour la personne fragile, voire à l'aide permanente et totale pour toutes les activités essentielles du quotidien.

Le titre de ce travail de thèse articule auxiliaire de vie et fragilité. Cette association ne semble pas évidente. En effet, les auxiliaires de vie sont généralement perçues comme en dehors de toute réflexion relative à des considérations médicales et de santé.

L'enjeu de ce travail sera de montrer précisément que non seulement les auxiliaires exercent un métier de soin à la personne âgée qui demande des ressources réelles qu'elles mobilisent sur le terrain, mais surtout que ces ressources répondent aux besoins de la fragilité, à savoir notamment une vigilance attentive et une réactivité aux multiples

facteurs tant physiques, psychologiques, comportementaux et environnementaux susceptibles de venir perturber l'équilibre de santé précaire de la personne fragile.

Comme nous le verrons dans l'analyse des entretiens, le travail de l'auxiliaire de vie dessine un métier crucial encore trop peu reconnu et à tort insuffisamment intégré dans les équipes de soins.

## METHODE

La population cible était des auxiliaires de vie intervenant chez des personnes âgées vivant au domicile. Les participantes ont été recrutées soit directement auprès des associations d'aide à la personne (par mail ou par téléphone), soit lors d'une formation, dispensée aux auxiliaires de vie par le Groupement de Coopération Sanitaire de Bayeux, à laquelle l'auteure a participé, soit dans la patientèle d'une consœur médecin généraliste. Les entretiens ont eu lieu de février à juin 2019, dans le calvados. Avant chacun d'eux, les consentements ont été recueillis oralement. Le lieu de rencontre était à la convenance de l'interrogée. Les entretiens individuels étaient, dans un premier temps, de type semi-directifs, basés sur un guide d'entretien rédigé avant le début de l'étude (annexe 2). L'expérience des premiers entretiens, ayant révélé une limite du questionnaire à extraire un matériel pertinent (questions, même ouvertes, trop indicées et enfermantes), l'auteure a peu à peu mené des entretiens plus ouverts, permettant ainsi un recueil d'informations plus pertinent. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone, puis intégralement retranscrits. La durée des entretiens allait de 30 minutes à 1 heure.

La méthode qualitative par théorisation ancrée a été utilisée pour l'analyse des données. Cette méthode vise à générer une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et à la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives (7,8).

Le chercheur principal, ainsi qu'un autre chercheur, ont réalisé le codage ouvert de chaque entretien. Les codages axial et sélectif ont été réalisés par le chercheur principal seulement et manuellement. La saturation des données a été obtenue lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles catégories conceptuelles. La grille Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), permettant d'évaluer les critères de

scientificité de ce travail, est représentée dans le tableau présenté en annexe 3. Il est précisé dans cette grille que l'auteur ne connaissait pas les participants avant le début de l'étude. Notons néanmoins qu'il y a eu une première rencontre, avant les entretiens, entre l'auteure et les auxiliaires présentes à la formation citée ci-dessus, rencontre qui n'a pas eu lieu avec les autres. Le premier contact est spécifié pour chaque auxiliaire dans le tableau des caractéristiques des participants.

## RESULTATS

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 :

| Auxiliaires | Âge    | Genre | Premier contact | Nombre d'années d'expérience | Employeur           | Activité antérieure                                       |
|-------------|--------|-------|-----------------|------------------------------|---------------------|---|
| A1          | 54 ans | F     | Formation       | 17 ans                       | ADMR Tilly/Seulles  | Travail agricole, mère au foyer                           |
| A2          | 55 ans | F     | Formation       | 15 ans                       | ONELA Caen          | Vente   |
| A3          | 50 ans | F     | Téléphone       | 8 ans                        | PROXIME Ouistreham  | Restauration  |
| A4          | 41 ans | F     | Formation       | 18 ans                       | ADMR Bayeux         | Etudes de géomètre  |
| A5          | 59 ans | F     | Téléphone       | 15 ans                       | UNA Calvados        | Gestion administration, direction d'animation spécialisée |
| A6          | 45 ans | F     | Formation       | 19 ans                       | UNA calvados        | X   |
| A7          | 51 ans | F     | Téléphone       | 13 ans                       | UNA Calvados        | Mère au foyer   |
| A8          | 53 ans | F     | Formation       | 10 ans                       | ADMR Molay Littry   | Confiturière à son compte                                 |
| A9          | 38 ans | F     | Formation       | 8 ans                        | UNA Calvados        | Activité dans un commerce                                 |
| A10         | 47 ans | F     | Téléphone       | 24 ans                       | UNA Calvados        | X   |
| A11         | 42 ans | F     | Téléphone       | 5 ans                        | ADMR Isigny sur Mer | Aide soignante à l'hôpital                                |
| A12         | 28 ans | F     | Téléphone       | 10 ans                       | UNA calvados        | X   |
| A13         | 63 ans | F     | Téléphone       | 25 ans                       | UNA Calvados        | X   |

## **I) CHAMP D'ACTION DE L'AUXILIAIRE DE VIE.**

Les entretiens permettent de dessiner les contours d'un large champs d'activité autour d'un ensemble de tâches centrées sur les besoins et le soin à la personne.

### **a- Accompagner et aider pour les activités essentielles et ordinaires de la vie quotidienne.**

L'auxiliaire permet à la personne âgée vivant au domicile, fragilisée, de continuer à vivre, en l'aidant pour les activités élémentaires et ordinaires de la vie quotidienne, telles que :

#### ***MANGER et BOIRE,***

*« donner les petits déjeuners (...), donner les repas du midi (...), les repas du soir » (A1)*

*« moi je prépare tout dans des plats c'est ce que je faisais avant avec un petit papier pour tel jour à réchauffer tant de temps à telle température (...), j'y vais le lundi le mercredi le vendredi je lui fais ses courses » (A2)*

*« le petit déjeuner, mettre le café en route » « euh aide à la préparation des repas » « puis ben y a le midi euh y a le gouter » (A8)*

#### ***SE COUCHER et dormir confortablement,***

*« fermer les volets et les remettre au lit pour certains » (A1),*

*« et à partir de 17h c'est les couchers » (A7)*

#### ***SE SENTIR PROPRE,***

*« on va dire pour ce qui est du matin je ne fais que des toilettes donc ou des toilettes au lavabo des douches ça dépend de l'état de la personne âgée chez qui j'interviens » « je fais des toilettes au lit ». (A1)*

*« euh à la base le lundi je peux l'aider à faire sa douche » (A6)*

« réapprendre à la personne à aller faire sa douche, à se laver à bien se sécher » (A10)

### **ÊTRE HABILÉ,**

« réapprendre à la personne ( ...) à mettre des vêtements propres » (A10)

### **dans UN ENVIRONNEMENT PROPRE,**

« je lui fais son petit ménage » (A2)

« un petit entretien courant » (A6)

« Dans un premier temps y a des heures qui se sont mis en place pour le ménage pour madame » (A8)

### **et BIENVEILLANT.**

Certaines actions précisées par certaines auxiliaires sont le témoignage d'une réelle bienveillance à l'égard de leur bénéficiaire. En effet, ouvrir des volets ou « rafraîchir » une personne, refaire un lit, cela n'a rien de vital. Pour autant, l'environnement de vie devient plus agréable.

« leur ouvrir les volets chez certaines personnes » (A1)

« puis le soir rafraîchir Jean Claude, et après extinction des feux quoi ». (A8)

« mettre le linge à laver, le mettre à sécher (...), après y a le la réfection du lit de madame » (A8)

« entretien de la chaise garde robe » (A9)

### **b- Maintenir une « existence publique ».**

L'auxiliaire permet à la personne de poursuivre certaines activités en dehors de son domicile, répondant ainsi à des nécessités inhérentes à tout individu.

« c'était l'emmener surtout dans les rendez-vous médicaux, surtout euh écouter ce que disait le médecin justement parce qu'elle était sourde et fallait que je lui redise ce qu'il disait parce que elle comprenait pas tout » (A4)

*« Je l’emmène à ses rdv, je prends ses rdv je l’emmène, et sinon je l’emmène à sa pharmacie »*  
(A2)

*« on est le prolongement de leur.... De leur bars de leur jambes, on les emmène partout, en voiture»* (A5)

Egalement d’écrire pour qu’elle puisse envoyer des courriers, réaliser ses démarches administratives, ou autre...

*« elle comptait beaucoup sur moi pour remplir ses papiers, elle me disait tout ce qu’il fallait faire, faire des courriers tout ça »* (A4)

*« que des démarches administratives enfin voilà »* (A10)

*« Mais j’ai fait j’ai dû marquer une petite annonce dans le 14 annonce aussi pour un papi, parce qu’il cherchait de la distraction sexuelle, alors je dis ça on le dit pas... »* (A6)

### **c- Se substituer aux proches.**

L’auxiliaire est là très souvent, et pour des actes de la vie quotidienne. Des liens affectifs parfois intenses naissent. L’auxiliaire n’est plus qu’un «simple» professionnel, mais également :

un ami, un confident,

*« j’ai une dame je l’avais même invitée au vin d’honneur à mon mariage »* (A3)

*« (...) leur vie intime, très intime même... même gênant, ah oui, sur leur vie sexuelle.. sur certains qui vont voir des prostituées ( ... ), des femmes qui me racontent ouvertement comment se passait leur vie intime »* (A6)

*« Alors avec Jean Claude y a un attachement ça c’est clair ( ... ) quand il me voit il m’attrape par dessus le cou, il me fait des câlins, quand je pars en vacances quand je reviens, il est une journée ou deux il me fait la tête ( ... ) »* (A8)

un parent, LA FAMILLE

« bah en fait quand y a pas de famille je dirais que c'est nous un peu la famille » (A2)

« il faut justement que nous on prenne la place des familles » (A5)

« elle me considère pas du tout comme l'aide à domicile quoi ( ... ), plutôt comme limite sa belle fille ou sa fille quoi, bah c'est une dame qui n'a pas eu de fille » (A9)

« voilà c'est un peu comme si j'étais sa fille » « donc moi mon rôle (...), c'est de faire partie de leur famille voilà » (A12)

L'auxiliaire ne choisit pas toujours la place qu'elle occupe. Ce qui l'oblige à prendre du recul. Mais il n'est pas toujours évident de placer les bonnes barrières.

« je pense qu'il faut savoir garder euh..une distance (...) parce que si tous les jours on se tutoie, on est des copains copines et on n'a aucun impact » (A2)

« faut pas trop rentrer dans l'affectif quand même faut quand même des limites parce que, sinon on nous prend pour nos enfants euh c'est trop hein c'est ... » (A4)

« y en a bien sur euh ils croient que c'est arrivé... et ma chérie par ci et ma chérie par là » (A5)

« on est plus présent que la famille mais bon on est pas là pour remplacer la famille, même si des fois on aimerait avoir un peu plus » (A6)

« des fois c'est compliqué parce que on a pas envie de mélanger le boulot, l'amitié et l'intime » (A11)

« j'avais d'abord des liens trop proches parce que lui, je suis l'amour de sa vie etc etc donc je fais attention » (A12)

#### **d- Redonner du goût à la vie.**

En élaborant des menus variés, et en tenant compte des goûts et préférences, l'auxiliaire participe à redonner **LE PLAISIR DE MANGER** à son bénéficiaire :

« l'accompagnement aussi pour une dame qu'a un peu des difficultés pour tout ce qui est euh élaborer les menus et l'aider un peu dans la cuisine (...) (A1)

« moi je prépare tout dans des plats c'est ce que je faisais avant avec un petit papier pour tel jour à réchauffer tant de temps à telle température » (A2),

« donc je lui ai ramené un bifteck haché je lui ai cuisiné et tout, là ça allait... » « je l'ai refait retourner dans sa salle à manger, dans son fauteuil manger, elle a remangé ( ... ) des choses en petite quantité mais qui lui faisaient plaisir des crevettes de la soupe » (A5)

« on prépare 2 jours de repas à chaque fois, j'établis au début de semaine tout un planning sur la semaine de ce qu'on pourrait manger, de ce qu'il pourrait avoir envie, et de rééquilibrer son alimentation » « donc il reprend goût à ce qu'il mange (...), il reprend goût, et il participe aussi à la cuisine. » (A6)

« Euh pour les courses généralement on fait toujours avec la personne, jamais lui imposer, donc quand la personne a toute sa tête, y a le prospectus, on feuillette je dis tiens ça fait longtemps vous n'aviez pas par exemple si c'est des crevettes en promotion, (...) elle dit ah oui tiens ça serait bien ça... » (A7)

« préparer leur repas, varier leur repas » (A11)

Certaines auxiliaires mettent en avant l'importance du **CONTACT PHYSIQUE** qu'elles apportent aux personnes, pouvant participer à leur mieux être :

« je lui fais sa toilette, mais en même temps je la masse (...), les gens ce qu'il leur manque c'est qu'on les touche » (A5)

« Elle me dit dans ma famille plus personne me touche, on dirait que la vieillesse c'est contagieux (...), donc je lui prend les mains, rooh c'est comme si je lui avais ouvert je sais pas un autre monde (...), j'ai été faire la vaisselle elle me tenait par la main (...), je lui ai pris la main et là j'ai ahah » (A5)

« mais moi j'en embrasse des mamies, mamie de 90 ans, bon ça sent pas toujours bon, mais ça lui fait plaisir » (A5)

« je me suis occupée d'elle, euh je la massais je lui machin lala je faisais pas que la changer comme un colis postal... » (A5)

*« ce côté intime qu'on a parce que la porte de la salle de bain est fermée, c'est des petites pièces, et on a vraiment l'impression qu'on est en cohésion avec la personne âgée » (A13)*

C'est à force aussi de **stimulation** que l'auxiliaire peut réactiver le **GOÛT DE FAIRE LES CHOSES** par soi-même,

Comme participer aux tâches quotidiennes :

*« elle avait tout son côté gauche qu'était paralysé (...), je l'ai maintenu debout... je l'obligeais à prendre les pommes de terre les éplucher avec son côté valide (...) elle a toujours été à se brosser son appareil dentaire je l'obligeais devant le lavabo de la salle de bain (...) mais je l'obligeais et ça marchait bien » (A2)*

*« mais il me dit mais vas y, bah nan c'était fait exprès justement, que je vous envoyais chercher une paire de chaussettes vous même, si j'avais voulu aller plus vite j'aurais été moi même, mais euh ça fait parti du jeu. Il est pas motivé du tout » (A6)*

*« je passe beaucoup de temps avec eux, même en travaillant, je les stimule à m'aider un peu, à faire la cuisine.. suivant leur capacité je veux dire » (A11)*

**ou L'ENVIE DE BOUGER ET DE SORTIR,**

*« c'était une obligation de toute façon il était pas question qu'elle reste sur le fauteuil handicapé en permanence » (A2).*

*« c'était en bord de mer..à l'époque je travaillais sur Courseulles, il faisait toute la digue, il était content et fier, j'avais réussi à... » « on sortait, la mer était à côté c'était bien... » (A4).*

*« là j'ai une dame elle m'a demandé de l'emmener à la mer, elle a envie de sortir, donc on va aller à la mer... » (A5)*

*« c'est accompagner, c'est aller la promener, c'est tout ça » « moi je l'accompagne dans tout ça pour les transferts » (A8)*

*« on partait faire la promenade » (A9)*

*« On allait se promener » (A13)*

Par sa présence régulière, l'auxiliaire de vie maintient un lien **LIEN SOCIAL**, qui est parfois sinon totalement absent.

*« parce que on est pour certains les seules personnes qu'ils voient dans la journée voire dans la semaine » (A1)*

*« elle le midi elle était chez sa maman moi à la pause j'allais rejoindre euh pour pas qu'elle soit pas tout le temps toute seule, (...), vu les personnes sont quand même tout seul limite on les voit fin ils nous voyent quand même plusieurs fois dans la journée » (A3)*

*« c'est important, c'est un petit peu une relation avec l'extérieure ( ... ), voilà ils sortent plus mais quelque part c'est nous l'extérieure... » (A8)*

*« elle veut surtout une présence parce que elle est assez seule isolée (...), c'est vrai qu'elle a pas forcément grand visite, (...) elle a besoin d'une présence » (A6)*

*« on est là pour éviter l'isolement (...), essayer de leur sortir de leur stress quotidien... » (A11)*

*« et beaucoup de bavardage parce que c'était une dame qui aimait bavarder voilà c'était un peu plus de l'accompagnement...voilà pour éviter l'isolement » (A13)*

Enfin, certaines auxiliaires offrent un **DIVERTISSEMENT** qui peut évidemment participer à casser l'ennui provoqué par l'isolement et la baisse d'activité.

*« donc soit je jouais aux cartes enfin je l'occupais ou on allait se promener et tout » (A3)*

*« des fois on partage un petit moment devant un café et puis on discute, on voit que ça leur fait du bien donc voilà » (A9)*

*« l'animation aussi chez certaines personnes (...), « c'était chez une petite dame (...), on avait l'habitude à chaque fois que je venais (...) on prenait notre petit café ensemble (...), c'était notre temps voilà, ça lui faisait du bien machin truc... » (A10)*

*« on faisait une partie de scrabble, enfin voilà c'était plus de la détente (...), pis on discute, on chante, capitales des pays, ça tous les dimanches j'ai droit aux capitales des pays » (A13)*

## II ) LES RESSOURCES MOBILISEES PAR L'AUXILIAIRE DE VIE.

### a- Des intentions de soignants.

Nous détaillons ici nombres d'éléments clé observés chez leurs bénéficiaires ainsi que les ressources mobilisées en réaction.

#### 1) Regarder, être attentive aux détails, repérer.

L'auxiliaire semble porter sur la personne dont elle s'occupe un réel regard de professionnel soignant, repérant ainsi des éléments de santé majeurs, comme :

#### *L'ISOLEMENT*

*« pour les personnes qui sont totalement seules (...), j'ai des grandes inquiétudes parfois (...), je les trouve livrés à eux mêmes (...), moralement c'est très très difficile pour eux ». (A1)*

#### *LES DOULEURS*

*« quand je les sens douloureux, et qu'ils ne veulent pas le dire, mais on est pas bête hein... » (A2)*

*« Mmmhh ah oui oui mais elle se plaignait de ses jambes tout le temps elle avait ses jambes douloureuses qui la brûlaient et pis bah elle tenait pas sur ses jambes des fois... » (A4)*

#### *LA TRISTESSE et L'ANXIETE*

*« y a des familles qui euh... (...) ils les bouleversent ils les blessent euh très souvent certainement sans s'en rendre compte hein mais ça les perturbent incroyable (...) » (A1)*

*« y a aussi ceux qui ne se plaignent pas mais qui sont tout le temps triste... » (A1)*

*« tu trouves pas que moralement ça va pas du tout en ce moment tout ça » (A1)*

*«bon la fille (...), elle vient pas souvent voir sa maman, je vois bien que sa maman ça l'embête donc euh limite elle m'en parle et tout euh bon je l'écoute et pis ça leur fait du bien » (A3)*

*« ou une personne qu'est coquette et du jour au lendemain elle est plus coquette... » (A5)*

*« ils ont été démarchés par téléphone, ils ont été un peu abusés, donc moi on a remonté l'information ( ... ), il y avait des difficultés financières, ( ... ), et madame était fatiguée, pas bien, mais elle était tracassée en fait » (A8)*

*« ah je vais pas bien je vais mourir ah ceci ah cela » (A12)*

### **LES DIFFICULTES A MANGER**

*« quelqu'un qui mange presque plus » (A1)*

*« Le repas, si elle a bien mangé, si elle a pas mangé, on note » (A7)*

*« et actuellement vue que la personne est dénutrie, on a allongé le temps d'intervention, et j'interviens pour (...) la préparation des repas pour que la personne puisse avoir au moins euh on va dire 4 à 6 repas normaux équilibrés » (A10)*

### **LES TROUBLES DE LA MARCHE, DE LA STATIQUE ET DE L'EQUILIBRE**

*« quelqu'un qui euh avant marchait à peu près correctement qui tout à coup se met à trébucher régulièrement » (A1),*

*«ça va plus il penchait d'un côté et je lui ai dit un moment ça va pas aller parce qu'il va tomber » (A3)*

*« j'ai vu qu'elle commençait à marcher pas droit quoi » (A4)*

*« vous avez plus de mal à vous déplacer, je vois bien que vous perdez un peu d'équilibre » (A10)*

*« du coup bah il marche pas très droit » (A12)*

*« c'était une dame (...), elle est toujours en déséquilibre (...), elle tombe elle est jamais bien » (A13)*

### **DES LESIONS CUTANEEES**

*« bon après si euh si y a un petit début d'escarre tout ça on le note dans le cahier » (A3)*

« il a fallu qu'on fasse la toilette et on a découvert qu'elle était toute abimée au niveau sous les seins elle disait rien... » « on a repéré un petit point là qui commençait à être douloureux avec les protections... » (A4)

«Et l'autre fois je vais chez elle- je l'aide à faire sa toilette- et on voit.. je vois pleins de boutons, pleins de boutons là au milieu de la poitrine...» (A5)

« les femmes je leur dis levez votre poitrine voir si y a pas des petites rougeurs des petites irritations (...), au niveau des parties intimes je leur dis toujours de lever parce que y a des plis et des gros plis... » « ils ont souvent des marques sur le corps, des petits hématomes des petites tâches euh voilà un petit bleu voilà » (A6)

« sur des soins des fois quand y a un truc qu'apparait, (...) un truc bizarre qui apparait sur la peau euh je mets un petit mot à l'infirmier » (A6)

#### **DES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS**

« une personne qui tout d'un coup (...), elle parle plus, euh elle est un peu dans la lune euh, enfin elle a un comportement qu'est pas habituel » « ou une personne qu'est coquette et du jour au lendemain elle est plus coquette... » (A5).

« elle a des pertes de mémoire, elle mélange tout.. » (A7)

« à une période elle voyait des bêtes partout » (A8)

« il est dans le cirage il dort l'après midi » (A12)

#### **DES CONSOMMATIONS à RISQUE**

« mais je lui dis est ce que t'as remarqué, à chaque fois qu'on descend les poubelles y a au moins deux ou trois bouteilles de porto à descendre vide (...), tout compte fait c'est une dame qui boit » (A13)

## UN COMPORTEMENT NEFASTE D'UN MEMBRE DE L'ENTOURAGE

*« c'est le fils, et c'est lui qui décide (...), pas d'entrée, c'est à peine si y a un yaourt en dessert, c'est à peine si y a des fruits » (A7)*

*« avec la petite fille qui crie tout le temps sur la grand mère, je pense que quelque part y a un petit peu de maltraitante » (A6)*

### 2) Prévenir.

Ces repérages sont parfois directement suivis d'actions de préventions afin de limiter certains risques, notamment le risque de chute :

*« j'avais une dame elle tombait tout le temps de son lit (...), j'étais allé voir sur internet si y avait pas des lampes (...), en fait qui euh dès qu'on bouge s'éclaire donc comme ça ils sont pas dans la nuit... » (A1)*

*« il a un parquet chez lui c'est du parquet ciré vitrifié ils enlevaient les tapis chez lui c'est un tort faudrait plutôt fixer les tapis au sol » (A2)*

*« tout ce qu'est les tapis on essaie de les retirer » (A4)*

*« l'alcool c'est interdit. Alors je dis pas l'alcool c'est interdit si c'est au moment des fêtes euh qu'ils veulent une bouteille de rouge euh (...), après si c'est carrément les cubis qu'on ramène euh, là nan. » (A6)*

*« ce qui est trop sucré oui on leur dit (...), après c'est ce qu'on dit on préfère la voir hyper que en hypo... » (A6)*

### 3) « Diagnostiquer ».

Leur profonde et complète connaissance de leur bénéficiaire leur permet aussi d'émettre des hypothèses diagnostiques dans certains cas :

*« une infirmière qu'a marqué madame untel a des troubles cognitifs(...), l'infirmière passe euh 3 fois la semaine 5 minutes (...), moi j'y passe quand même euh quasiment 20h avec elle par mois, bon bah nan, je veux dire troubles cognitifs faut quand même y aller quoi ( rires) » (A6)*

« quand elle arrête ce médicament, elle est ...elle devient lucide, quand elle n'a pas ce médicament antidouleur elle est bien....et sinon elle mange pas, elle oublie » (A7)

« quand il va pas bien je le sais je le vois je vois à son visage, à l'expression de son visage »

« des fois on ressent des choses sans forcément avoir quelque chose de précis... précis on sait qu'il y a quelque chose qui va pas mais on sait pas exactement quoi »(A8)

« parce que bah Jean Claude ses jambes se sont recroquevillées un petit peu ça aurait été bien qu'il y ait de la kiné dès le début quoi. » (A8)

« j'avais un monsieur (...) il était en diarrhées pendant (...), on lui donnait du smecta et puis un jour j'ai bien vu, il faut autre chose que du smecta, et j'ai contacté le médecin »(A10)

« euh ils peuvent la soulager euh à mon avis c'était trop fort les médicaments qu'il lui ont donné et....c'est ça qui la faisait un peu chuter » (A4)

« donc à partir du moment où il y a un changement par rapport à la première fois, là on commence à s'agiter on s'alerte un petit peu. » (A12)

#### 4) Transmettre

On retrouve souvent le réflexe de faire circuler les informations captées par leurs observations.

« ils m'ont appelé pour savoir quels genres de soins j'apportais pour qu'elle reste euh » (A2)

« bon après si euh si y a un petit début d'escarre tout ça on le note dans le cahier » (A3)

« là j'ai un monsieur qu'a depuis 2 jours les pieds sont hyper enflés les chevilles donc je le note » (A3)

« sur des soins des fois quand y a un truc qu'apparait, (...) un truc bizarre qui apparait sur la peau euh je mets un petit mot à l'infirmier » (A6)

« y a des familles avec qui ont communique beaucoup, des familles qui sont proches qui sont pas loin et c'est par le biais du cahier de liaison » (A7)

« Ah bah oui des escarres des débuts d'escarre donc bien souvent j'appelle d'abord le cabinet infirmier en disant attention y a une rougeur là au niveau du sacrum » (A13)

On peut remarquer chez cette auxiliaire, plus qu'un réflexe de transmission, mais un vrai besoin de discuter de certaines situations :

*« j'ai rencontré l'infirmier ce jour là et j'ai dit jean louis faut qu'il te parle parce que y a un truc qui se passe et c'est pas possible » « il était très gentil leur médecin et je lui ai dit mais euh c'est de la maltraitance de les laisser vivre comme ça... » (A1)*

*« Alors moi c'est très souvent aux infirmiers parce que les infirmiers qui travaillent sur le secteur de Tilly ils sont super et euh je suis très à l'aise avec eux et comme on se voit souvent et bien c'est très souvent à eux, j'dis est ce que par exemple t'as remarqué que bah ça avant elle le faisait et maintenant elle en est là tout ça » (A1)*

#### 5) Se coordonner.

Dans la prise en charge autour d'une même personne, se met en place une réelle organisation, à laquelle l'auxiliaire participe pleinement.

*« les infirmiers marquent dedans s'il manque des médicaments, moi quand j'y vais je le lis je vais chercher les médicaments, s'il y a le moindre euh bah on le note pour eux aussi, l'autre fois mon petit papi, je voyais que ses jambes redevenaient un peu... je lui dis pouvez vous vérifier euh les jambes de... afin qu'on puisse si c'est nécessaire appeler le docteur. Ses jambes étaient moyennes, l'infirmier m'a laissé un petit mot, médecin appelé. Il a appelé le médecin voilà. C'est une coordination. C'est fait pour ça le cahier. » (A2)*

*« on arrive le midi elle ne se sent pas bien, on doit le noter pour la collègue qui va passer peut être à 16h pour le goûter, on lui dit bon tiens ce midi y a eu telle chose, elle s'est pas levée, elle a mal au dos, elle a mal à l'épaule, et là la collègue aussi elle regarde, elle suit si elle a mal ou pas, soit on appelle les enfants, soit on passe l'information au médecin soit on appelle la responsable » (A7)*

*« déjà on échange hein entre collègues, on a les numéros de téléphone, oui ça entre collègues on a les mêmes dossiers, on s'en parle, on envoie les messages, on s'appelle on dit écoute comment ça c'est passé... voilà moi je l'ai trouvé comme ça..même si c'est marqué dans la cahier de liaison on appelle on échange déjà à la base, ça on le fait, naturellement entre nous, on se rencontre soit à la pause du midi on discute de la personne » (A7)*

## 6) Alerter.

L'auxiliaire de vie sait identifier aussi les situations où la seule transmission n'est pas suffisante, quand il faut agir rapidement.

*« et bon bah j'ai rappelé les urgences j'ai dit là elle va être toute seule il faut absolument la prendre elle risque de tomber » (A4)*

*« le monsieur avait l'intérieur des yeux tous jaunes et le teint. Donc là j'alerte le médecin » (A9)*

*« le premier jour je constatais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, elle avait des vertiges (...), j'ai appelé le médecin le médecin est venu en urgence » (A7)*

*« elle me dit toute façon je m'en fous je vais me suicider, je vais me planter je vais me suicider et tout...j'ai appelé le médecin » (A10)*

*« donc combien de fois j'ai appelé les pompiers parce qu'il avait du sang qui sortait là » (A5)*

*« j'ai vu qu'elle commençait à marcher pas droit quoi, et bon bah j'ai rappelé les urgences j'ai dit là elle va être toute seule il faut absolument la prendre elle risque de tomber » (A4)*

## **b- Des ressources personnelles.**

Ici sont énumérées les attitudes bienveillantes adoptés dans un soucis de bien être de la personne aidée, ainsi que les ressources mobilisées afin de faire face aux difficultés rencontrées dans la réalisation de leurs tâches auprès de la personne fragile et dépendante.

### 1) Considérer la personne.

Cette auxiliaire parle de l'importance de parler discrètement, quand elle l'estime nécessaire, de l'état de santé d'une personne aidée.

*« Mais si la personne a sa tête ils le font très discrètement hein, pour respecter la personne hein parce que les personnes en vieillissant le peu de chose qui leur reste il faut le respecter et le mettre en valeur, si nous on leur enlève la parole, ça va pas ça... donc faut le faire discrètement... » (A5)*

Malgré leur « ordre de mission », ou des volontés des familles, les auxiliaires recentrent leur prise en charge après concertation avec la personne aidée.

*« première chose que je demande moi même si j'ai mon ordre de mission, je demande qu'est ce que vous voulez que je fasse, faut leur redonner à eux leur autonomie de décider.. je vais pas arriver allez hop j'te mets à la toilette et pis tu dis rien, c'est c'est ça se fait pas... » (A5)*

*« et puis elle a toute sa tête, elle a toute sa tête, donc moi à partir du moment où elle a toute sa tête, on est censé respecter son choix aussi. » (A6)*

*« et pis je creuse un peu sa vie...» (A13)*

## 2) Ecouter.

Les temps d'écoute sont très nombreux, et semblent répondre à un réel besoin.

*« et comme ils parlent et qu'ils se livrent, on sent quand y a une fragilité...des grandes fragilités morale.. » (A1)*

*«bon la fille (...), elle vient pas souvent voir sa maman, je vois bien que sa maman ça l'embête donc euh limite elle m'en parle et tout euh bon je l'écoute et pis ça leur fait du bien » (A3)*

*«bah il osait plus me dire de choses (...), .il racontait sa vie (...), on l'écoute beaucoup » (A4)*

*«moi je suis à l'écoute, et la majorité ils ont besoin de ça, de parler, de qu'on les écoute, sans faire de jugement, juste l'écouter » (A7)*

*«c'était un peu mon rôle de les faire parler. Elle me racontait euh sa vie, son mariage, si elle avait été heureuse » (A13)*

## 3) Rassurer.

L'état de fragilité amène des inquiétudes que les auxiliaires doivent calmer.

*« là j'ai une dame euh, j'y vais que pour les courses mais on sent bien qu'elle a besoin d'être rassurée dans ses... » (A4)*

*« la rassurer, ça les personnes elles en ont besoin, toutes les personnes » (A7)*

*« on rassure plus les personnes...ah je vais pas bien je vais mourir ah ceci ah cela donc là mais nan vous inquiétez pas... » (A12)*

*« on doit rassurer la personne rassurer la famille dire bah je suis là vous pouvez compter sur moi je peux tout prendre en charge et pis vous vous inquiétez pas » (A12)*

*« déjà rien que de faire une valise et rassurer la personne » (A13)*

#### 4) Conseiller.

*« un moment j'lui dis si là il faut tout dire vous avez des soucis de santé c'est vrai elle avait ... donc quand votre fille va venir faudra lui parler hein » (A4)*

*« on lui dit oui c'est bien ce que vous faites tout ça donc bah elle arrive à améliorer sa vie, elle arrive à améliorer la vie de sa fille grâce à des conseils, on voit bien qu'elle manque un petit peu de... » (A4)*

*« rien que pour l'éducation de son petit garçon, je lui dis mais si c'est bien faut le faire lire (...), les enfants adorent lire avec leurs grands-parents (...), faut leur faire faire des puzzles et puis elle écoute tout quoi elle prend et elle le fait » (A4)*

*« on va lui dire (...), vous avez plus de mal à vous déplacer, je vois bien que vous perdez un peu d'équilibre, si vous commencez par un déambulateur vous verrez ça vous aiderez et tout » (A10)*

*« je lui ai proposé pourquoi pas aller dans une résidence sénior.. je lui ai expliqué comment ça se passait (...) je dis voilà vous avez votre petit appartement, y a un restaurant vous profitez du restaurant y a des animations, vous rencontrez d'autres personnes » (A10)*

*« les enfants avaient de la famille (...), je dis bah restez avec votre famille, mais ça serait bien que vous vous relayiez vous faites un passage à peu près tous les quarts d'heures voir toutes les demies heures comment que ça se passe, et puis essayez de l'hydrater un petit peu voilà machin truc... » (A10)*

## 5) Être drôle.

*« le monsieur il a 93 ans (...), c'est que je le fais rigoler (...), je lui ai dis vous avez 93 ans quand même vous pouvez pas vous pouvez pas ..aller en vous arrangeant, c'est pas possible euh ( rires) mais bon c'est de l'humour après quand on connait bien la personne hein » (A3).*

*« j'ai un monsieur il m'appelle son soleil, parce que je chante, j'arrive, je rigole, je fais rigoler les gens... ohh les faire rigoler, alors ça c'est le top du top... » (A5)*

*« elle a besoin d'une présence et puis de rigoler » (A6)*

*« je plaisante beaucoup, on rigole, euh je raconte des bêtises (...), parce que des fois y a de la tristesse et euh un peu de déprime, j'essaie d'apporter un peu d'humour, en fait on va dire pour évacuer un peu tout ça quoi » (A8)*

Une auxiliaire utilise la fantaisie comme astuce pour parler de la mort.

*A5 : « mais qu'est ce qu'il y a après ? (la mort) (...), j'fais bah je sais pas mais vous viendrez me raconter...comment ça je viendrai... bah vous viendrez me tirer les pieds et m'dire coucou c'est moi j'ai été voir de l'autre côté bah c'est comme ça, ils rigolent ils m'disent nan mais ça va pas... »*

## 6) Être astucieux

Certaines auxiliaires s'efforcent de donner un angle de vue différent aux choses pour qu'elles soient perçues de manière plus positives.

*«vous avez besoin de moi mais moi j'ai besoin de vous aussi (...) là tout de suite ils ont l'impression d'être utile à quelqu'un (...), ah vous êtes gentille ah bah oui c'est vrai c'est vrai si on était pas là, bah j'dis si vous étiez pas là je m'ennuierais moi je ferais quoi? » (A2)*

*« tout pendant que je fais les toilettes, je parle, je leur parle, je leur parle je leur parle, je leur pose des questions (...), et là ils aiment bien (...), et ils oublient complètement que je suis là en train de leur faire la toilette, et au bout d'un quart d'heure bah ça y est on est en train de les habiller, ils ont rien vu » (A2)*

D'autres mettent en place des sortes de « stratagèmes » pour prévenir certains risques :

*« Et là c'est pareil je la coupe avec de l'eau parce que bon (...) y a un moment l'équilibre n'est plus le même il tombe, moi je coupe les bouteilles en deux, je remets de l'eau tous les deux jours et donc plus de chute l'après-midi » (A2)*

## 7) Ruser.

Dans certaines situations, l'auxiliaire doit mettre en place des stratégies pour arriver à ses fins, toujours dans un souci de bien-être de son bénéficiaire.

*« les personnes seules qui n'ont jamais eu d'enfants par exemple qui ne sont jamais mariés c'est les plus compliquées parce que elles ont toujours fait toutes seules tout et euh que nous on dise euh faut faire comme ça faut vachement être diplomate faut y aller vraiment doucement et y aller souvent jusqu'à ce qu'ils cèdent finalement mais c'est c'est... y a que comme ça... toute façon c'est stratège notre métier hein il faut ruser... » ( A1 )*

*« il prend son petit apéritif le midi et moi je coupe les bouteilles en deux, je remets de l'eau tout les deux jours » (A2)*

*« bah surtout des fois y a des début d'Alzheimer ça se rajoute euh là c'est compliqué faut ruser faut...c'est vrai que... » (A4)*

*« je faisais celle qui partait, je partais, je frappais, donc Alzheimer ils oublient, donc euh bonjour comment ça va, je rentrais tatatatata.. bon on va aller se laver un coup sur deux ça marchait, parce qu'ils avaient oublié que j'étais venue.. mais des fois ça marchait pas.. et pis faut avoir un peu d'astuce un peu de ruse, pour leur bien pour leur bien » (A5)*

*« à première vue il a du se masturber devant une collègue (...) alors je lui fais occuper ses mains, parce que si vous le laissez assis sur une chaise bah...bah voilà...euh occuper ses mains... à autre chose. » (A6)*

## 8) S'adapter.

*« moi pour moi y a pas grand chose à changer c'est la vie des gens ils sont chez eux on doit s'adapter à eux... » (A3)*

*« on s'adapte par rapport aux personnes » (A8)*

*« nan parce que y a pas de salle de bain, donc c'est une toilette dans l'évier de la cuisine... » (A9)*

*« faut trouver l'attitude dans toutes les maladies...faut s'adapter.. c'est c'est bête à dire mais faut s'adapter dans toutes les conditions de la maladie...» (A11)*

*« bon bah le samedi matin j'y vais, bah désagréable, je dis bon bah elle est peut être mal réveillée, j'y retourne le midi, infecte aussi, je dis bon elle peut être pas encore bien réveillée » (A12)*

## 9) Insister.

*« une fois ils voulaient pas m'ouvrir personne ne répondait je suis passé par la fenêtre parce que j'étais inquiète.. je me demandais ce qu'il se passait... » (A4)*

## 10) Recadrer.

*« ils font un peu n'importe quoi et ils ont besoin d'être (...), gentiment recadrés pour éviter qu'ils fassent des chutes, pour éviter les brûlures ou n'importe quoi dans leur quotidien » (A1)*

*« il faut être parfois incisif, il faut pas avoir peur de d'être plus dur un peu, pas être méchant, mais être un peu plus....c'est même de l'autorité » (A2)*

*«parce que pareil on a beau leur expliquer certaines choses mais euh ils en font qu'à leur tête hein surtout les anciens (...), j'me laisse pas faire je suis pas méchante non plus mais euh je les recadre un petit peu quand même » (A3)*

*« j'étais plutôt euh le gendarme...le gendarme et la maman, je sais pas comment vous expliquer, c'est une attitude un peu (...), d'abord il faut leur donner un cadre, ça les sécurise. »(A5)*

### 11) Se battre pour autonomiser.

*« mais euh si avec une dame si un jour, c'était par rapport, parce que la fille voulait absolument qu'on mette les barrières de lit, mais qui dit mettre les barrières de lit, c'est que la dame on la rend dépendante au niveau de.. bah de ses besoins (...) j'avais demandé à la petite kiné (...), qu'elle voye avec la dame pour lui aménager un transfert sécurisé. Parce que moi j'avais mis une chaise d'un côté, la chaise pot de l'autre et le lit donc j'avais dit au moins en mettant les freins, vous vous appuyez sur l'avant et puis puis derrière y aura que besoin de poser vos fesses sur le fauteuil d'aisance » (A6).*

## **III) UN METIER EXPOSE ET SOUMIS A UNE CHARGE PHYSIQUE ET MENTALE IMPORTANTE.**

### **a- Être témoin.**

L'auxiliaire de vie est le soignant qui passe le plus de temps au domicile. C'est elle qui peut potentiellement voir le patient en premier dans la journée, elle qui le voit le plus souvent, tous les jours voire plusieurs fois par jour, et elle encore qui le voit le plus longtemps avec des interventions qui peuvent durer parfois plus d'une heure. Elle y passe également les week-end.

Cette « **sur-présence** » lui permet d'être un témoin précieux dans de nombreuses situations, qu'elle est souvent la seule à pouvoir constater de part l'étendue de son champ d'action.

Ainsi, elle peut décrire avec précision certains « modes de vie » précaires ou à risques :

*« C'était euh un couple d'alcoolique, (...), qui vivait dans un état de saleté (...) c'était le bordel partout et euh c'était sale, mais sale comme on peut pas imaginer en fait hein (...), c' était au moment des fêtes de Noel, il faisait froid pas possible je suis arrivée le matin il était 8h y avait pas de chauffage dans la maison le monsieur dormait avec ses bottes dans son lit le lit était dans un*

*état mais ... inimaginable et lui était sale il avait des ongles jusqu'ici il avait une barbe jusqu'ici (...)*» « *il y a beaucoup de personnes âgées qui se mettent à boire avec les années (...), qui cachent leurs bouteilles nous on s'en aperçoit quand on y va souvent on se dit tiens... » (A1)*

*« elle vivait encore avec son mari, et le soir ils buvaient beaucoup, donc le matin c'était la catastrophe on les retrouvait dans des états.....toute souillées tout était arraché, elle arrivait à sortir de son lit elle tombait... » (A4)*

Elle peut témoigner aussi de situations de souffrance quotidienne. Ce n'est pas un simple repérage d'une plainte douloureuse, mais le témoignage d'une plainte récurrente :

*« Mmmhh ah oui oui mais elle se plaignait de ses jambes tout le temps elle avait ses jambes douloureuses qui la brûlaient et pis bah elle tenait pas sur ses jambes des fois... » (A4)*

Lorsque le médecin passe au domicile, le plus souvent il est attendu impatientement. Le patient, et son éventuel entourage, en quelque sorte « suspendent » leur quotidien le temps de cette visite.

Dans le cas de l'auxiliaire de vie, c'est très différent. Rien n'est suspendu lors de sa visite, au contraire tout continue. L'auxiliaire se « fond » dans le quotidien.

C'est ainsi qu'elle peut assister à des scènes très « instructives », dont personne d'autre qu'elle ne pourrait être le témoin :

*« le gendre, en haut de l'escalier qui me dit « si je pousse ma belle mère, ça donne quoi ? » (...) ou laisser les médicaments alors que on les cache, ils les redescendent à la vue de la dame (...) mais je lui dis faut pas laisser les médicaments en vue de votre maman parce que je pense qu'elle va faire des bêtises avec... mais c'est fait exprès qu'il m'dit... » (A6)*

*« et la petite dame elle se lève pour aller préparer le café (...), et sa fille est arrivée, sa fille dit à sa mère qu'est ce que tu fais debout, t'es en train de piétiner, ça vient d'être lavé, tu vas tout resalir (...), la fille est arrivée elle a mis une baffe à sa mère... »(A10)*

Certaines scènes peuvent mener à des dilemmes moraux,

*« j'étais dans la cuisine (...), elle était là avec son fils et puis il l'avait pris par le bras, parce que elle dit aaaah tu vas pas me taper ne me tapes pas me prends pas par le bras comme ça tu me fais mal (...), à un moment donné, elle était allongée dans le lit, je la prenais délicatement pour la remonter avec douceur etc, et lui il s'est amené, il l'a pris par le bras, il l'a ramené d'un seul coup, et il a dit ah la saleté ah espèce de saleté va, et ça c'est un truc qui me restera toujours (...), on est là on est spectatrices » (A12)*

### **b- La charge physique.**

Aider une personne âgée tous les jours à se lever de son lit, à se laver, à sortir, à marcher, à manger, à entretenir son logement, et ce plusieurs fois par jour, plusieurs jours par semaine, toute l'année, peut être très usant **PHYSIQUEMENT**.

*« parce que moi le truc c'est que je suis douloureuse, j'ai mon corps qui me fait souffrir de partout, même mes pieds se déforment, (...), les cervicales on n'en parle pas, les lombaires euh voilà (...), mes douleurs sont supportables de 7h le matin jusque'à 13h on va dire (...) quand je ressortais de chez les bénéficiaires j'étais trempée de sueur, je sentais que fallait que la journée se termine, ça c'est sûr. » (A2)*

*« euh j'ai pas le temps de faire attention à mon dos faut que j'aille vite faut que tout soit fait en 30 minutes (...), ça fait un an et demi que j'ai pas eu de vacances, j'ai le dos qu'est complètement cassé, j'ai mes genoux qui ..» (A12)*

*« Je suis partie parce que je m'étais cassé une vertèbre (...), en m'accroupissant... c'est quand même des manipulations assez lourdes et des fois y a des hommes et quand ils sont dans des lits, faut les remonter hein (...) toute seule » (A13)*

### **c- L'épreuve du « sale ».**

*« qui vivait dans un état de saleté (...) c'était le bordel partout et euh c'était sale, mais sale comme on peut pas imaginer en fait hein (...) » (A1)*

« Bah c'est dégueulasse c'est du... y a des rats, les crottes de rat dans les meubles de cuisine (...) y a des trucs à rat partout, et puis les mouches y en a partout , c'est infecte » (A2)

« c'est un métier qu'est ingrat, on nettoie la merde et la pisse des gens, voilà on leur lave le cul, en disant vulgairement (...), on a la vue on a l'odeur » (A12)

#### **d- Les agressions.**

L'auxiliaire de vie est donc en première ligne, seule au domicile de son bénéficiaire.

Ce bénéficiaire peut être plus ou moins bien connu, plus ou moins malade, plus ou moins agréable et plus ou moins bien entouré.

Elle peut ainsi être l'objet d'agressions multiples, qu'elles soient **PHYSIQUES**,

« par exemple la maladie d'Alzheimer et même la démence sans être un Alzheimer y en a et euh y a des gens qui qui deviennent bah méchant euh agressif qui balancent des choses au visage » (A1)

« y a des hommes qui sont des fois bizarres, enfin y a certains hommes... un peu... j'avais un monsieur là c'était...il avait fait (...) bah la guerre il était...comment euh...(...) bah il s'y croyait hein alors il fallait que les nenettes euh fallait qu'on se laisse approcher tout ça fallait... il nous courait après euh lala c'était l'horreur (...). Bah il nous courait après il voulait nous embrasser et tout (...) j'étais pas trop rassuré non, on savait pas ce qu'on allait... ce qu'il allait nous faire, (...), et un jour il a tiré un coup de fusil donc les voisins on porté plainte, il avait un fusil chez lui.... » (A4)

« après euh sur les hommes c'est plus compliqué, donc tout le temps qu'ils peuvent se laver tout seuls, les parties intimes, ils se débrouillent et euh il faut recadrer dès le départ... » (A6)

« c'est vrai que le monsieur il normalement il se déplace avec un fauteuil roulant ou avec son déambulateur, et il l'a pris par derrière, il l'a chopé par les cheveux, il l'a griffé il l'a tapé (...), mais je suis tombé sur 2-3 cas où euh oui voilà ils sont là vraiment pour euh.. ils tatillonnent... petite main au cul »(A6)

« je me suis retrouvée enfermée dans le logement où elle avait le couteau, elle voulait nous planter enfin etc... » (A9)

ou **VERBALES**,

« Ah oui j'ai eu le droit à des propositions.... Je vous dis que ça... ils voulaient même me payer.. nan mais on a des... » (A5)

« C'était une dame (...), elle était désagréable... quand tu t'en vas elle te dit salope, elle fait pipi dans la bassine, elle le dépose à l'entrée, c'est comme ça qu'elle te parle, tu me vides ça!! (...) Elle me disait directement, je ne vous aime pas, vous prenez la place d'une française, et ça c'est compliqué à entendre... » (A7)

« quand j'arrivais chez lui il se mettait en petite tenue il allait se coucher, une fois il m'a dit oooh roselyne j'ai envie de faire l'amour(...), il me dit faut vous courber pour euh pour passer le balai... sauf que je... j'ai eu un pressentiment j'étais en pantalon, je me suis dit y a quelqu'un derrière, j'ai senti un regard et quand je me suis retourné, il était derrière moi »(A7)

« même moi la belle fille m'a déjà attrapé par le col pour me faire monter à l'étage et me faire enlever des crottes de rat hein... » (A9)

« j'allais chez une personne (...) qu'était très très désagréable, hein je veux dire elle m'insultait de tous les noms quand j'y allais » (A10)

« c'est une dame qui est extrêmement méchante, quand on arrive des le matin, on se fait enguirlander » (A13)

### **e- Charge mentale et risque d'épuisement.**

Être responsable d'une personne, chercher son bien être et sa sécurité, l'écouter, entendre ses plaintes, s'inquiéter, s'attacher, peut être très usant moralement.

### 1) Entendre en « boucle » les « malheurs des autres »

*« on voit tellement de monde dans la journée, on nous parle beaucoup hein (...), on va voir une dame qui va nous raconter tous ses malheurs ( rires...)... faut encaisser pis c'est des sacrés malheurs des fois qu'on nous raconte, des vies hein qui sont dures... » (A4)*

*« j'ai une personne (...), elle est euh maniaco-dépressive et ça fait 11 ans que je suis chez elle et j'y vais toutes les semaines et chez elle psychologiquement par période c'est lourd, c'est lourd »*

*« elle est un petit peu plus demandante (...), plutôt exigeante exigeante (...), arrive un moment donné bah on sait plus trop trop... » (A10)*

*« psychologiquement ils nous épuisent, les personnes qui répètent qui répètent qui répètent ... » (A10)*

### 2) Gérer des cas compliqués.

*« plus le temps passe plus on a des cas lourds aussi bien physique que intellectuel moral et c'est là que c'est lourd » (A1)*

### 3) Gérer son travail et sa vie privée.

*« quand on est confronté à une situation qui va... négatif quoi des fois donc même si voilà on essaie d'apporter donc quand nous on a nos problèmes perso, ça fait beaucoup de .... C'est lourd, des fois c'est lourd. » (A8)*

*« mais arrivé un moment donné y a des journées où plus ou moins, où on a plus le courage, ou alors il suffit qu'il est arrivé quelque chose, qu'on est préoccupé, y a des paroles qui peuvent partir et pis qu'on les pense pas et tout. » (A10)*

*« parce que c'est compliqué quand vous rentrez chez vous...psychologiquement c'est compliqué... » (A11)*

#### 4) Bien faire malgré le manque d'outils.

*« quand on ne sait pas euh comment manipuler quelqu'un qu'est au lit le transfère tout ça c'est pas facile quand même hein, euh ça s'apprend ces choses là (...), parce que en fait on nous en demande plus mais sans forcément nous donner les outils pour euh (...), on n'a pas tous les éléments pour euh les aider et puis pour comprendre oui c'est lourd oui oui ça c'est lourd... » (A1)*

*« des fois on se sent impuissante » (A11)*

#### 5) Bien faire malgré le manque de temps.

*« des fois c'est dur, parce que on a des fois des situations qui sont difficiles, on a des fois on a des planning très chargés, sur les demies heures il faut pas perdre de temps » « parce que vraiment les demie heures c'est...c'est pas humain quoi, enfin on est quand même dans l'humain et euh les gens nous disent bah ça va trop vite. » (A9)*

*« il faut que les objectifs soient remplis pendant l'intervention, parce que bon alors faut faire le travail donc la tache ménagère, on va dire, faut aussi gérer la personne ( ... ), lui apporter des conseils des avis (...), et pis en plus faut faire attention aux mots qu'on emploie parce que faut pas non plus les froisser » (A10)*

*« des fois vous avez une aide de lever une toilette un petit déjeuner une demie heure, c'est chaud quoi hein c'est chaud » (A10)*

*« le problème c'est que dans notre travail on est chronométrés (...), on manque de temps donc on peut pas faire et attention à eux et à nous, donc quand on choisit on choisit toujours eux.. »*

*(A12)*

*« maintenant dès qu'on arrive c'est la blouse les gants et au boulot » « j'avais l'impression de travailler à la chaine...on arrivait, voilà on mettait notre blouse, on disait bonjour mais bon on se dépêchait de travailler. » (A13)*

## 6) Ne pas oser dire non.

*« on ose pas dire non parce que on sait que les personnes ont besoin de nous quelque part.. »*  
(A11)

## 7) Appréhender, avoir peur.

*« surtout que nous on est pas médecin donc quand la personne fait un malaise on sait pas si c'est mortel ou quoi ... »* (A5)

*« un peu d'appréhension des fois mais euh c'est plutôt avant genre 2-3 jours avant d'y retourner faut faut y retourner et comment ça va se passer »* (A6)

*« le monsieur chez qui je vais le mardi après midi pour faire les courses, euh c'est quelqu'un qui peut être très violent je pense (...), je sais qu'il peut être violent et j'ai peur d'y aller oui »* (A9)

*« maintenant nous on est pas médecin et des fois on a peur de passer à côté de quelque chose qui pourrait être grave donc c'est pour ça qu'on alerte quelque fois un peu facilement... »* (A9)

## 8) Être seule.

*« quand y a un petit problème parce que du coup on a, on a à faire qu'à la dame mais qui perd un peu la tête et tout donc c'est compliqué donc j'aurais bien aimé de temps en temps pouvoir en parler à la fille ou quoi que ce soit »* (A3)

*« ses cachets c'est du n'importe quoi quoi, elle les cache partout c'est c'est compliqué, hein on arrive pas à avoir de contact avec qui que ce soit, on en parle au bureau, mais bon j'ai l'impression que, si vous voulez on est un petit peu seules avec les patients, on est un peu délaissées... »*  
(A11)

*« j'ai l'impression de me débattre toute seule... » « et puis on se sent seule c'est surtout ça... »*  
(A11)

## **f- La mort.**

La mort semble assez présente dans le quotidien des auxiliaires de vie, ce qui ne semble pas surprenant en soi, mais l'impact de ces disparitions n'est pas négligeable, et peut engendrer chez certaines d'entre elles une grande tristesse :

*« la mort aussi...quand on au départ quand on est quand on commence et qu'on s'attache à des gens parce que c'est inévitable et bien quand les gens partent ça peut être très dure très très dur... » (A1)*

*« quand j'ai un décès d'une personne que je suis depuis longtemps, que je pleure et que j'ai du mal à passer le cap... » (A9)*

*« y a deux ans j'ai perdu deux personnes en 3h d'affilées au moment de Noel, et ça a été trop dur pour moi » (A11)*

*« elle est décédée jeudi après midi.. du coup j'ai pas pu lui dire au revoir comme j'aurais aimé lui dire au revoir, et ça c'est vrai que je m'en veux beaucoup.. c'est » « après quand on s'implique trop on a beaucoup de peine aussi hein... » (A12)*

Certaines auxiliaires décrivent une grande anxiété à l'idée d'être « surprise » par la mort d'un de leur bénéficiaire :

*« j'ai pris sur moi parce que je par contre ça j'ai une peur bleue de de de tomber sur euh c'est le seul truc qui me dérange moi dans ce travail là c'est tomber sur un décès, j'ai jamais eu euh mais ça franchement par contre ça j'ai peur » (A3)*

*« la seule peur que j'avais c'est d'arriver un matin et de le voir raide mort » (A5)*

*« je pense un moment donné on peut se retrouver en difficultés, euh.....arriver chez quelqu'un qui est décédé par exemple » (A8)*

#### **IV ) UN METIER DU « BAS DE L'ECHELLE », une identité professionnelle précaire.**

##### **a- Formations hétérogènes.**

Certaines auxiliaires de vie ont débuté sans aucune formation « officielle » au préalable :

*« moi quand j'ai commencé on me demandait rien j'avais jamais fait de toilette moi hein je suis arrivée euh voilà on est vraiment livré à nous même hein quand même ... » (A1)*

*« j'ai réussi à rentrer à l'ADMR, ils cherchaient euh... puis j'ai passé mon diplôme après... d'auxiliaire de vie » (A4)*

*« Mais sinon j'exerçais déjà sans formation » (A7)*

*« Bah j'ai commencé à l'admr du molay littry sans formation , j'ai appris sur le tas » (A8)*

*« j'ai commencé à 21 ans à travailler dans une maison de retraite, où je faisais euh toilette, aide à la personne, prise des repas, change et voilà...(…), j'étais pas formée » (A9)*

*« j'ai commencé j'avais rien en main » (A10)*

ou bien avec formation que l'on peut qualifier d'empirique :

*« Bah pour ces personnes là non, ça été sur le tas parce que je me suis occupé de mon papa »*

*« j'ai tout appris sur le tas... et j'ai tout appris avec euh les infirmières les médecins, c'était vraiment bien » (A2)*

*« j'avais une amie et euh elle avait sa maman qu'était euh qu'était malade, et euh qui marchait plus et tout ça donc du coup euh ben l'après midi moi à ma pause j'allais la promener » (A3)*

*« moi ma formation c'était euh en maison de retraite on était polyvalentes, c'est à dire qu'on touchait à tous les corps de métier aussi bien la cuisine, que le ménage que machin truc (...), on apprend sur le tas... » (A13)*

Certaines ont passé un diplôme dit « officiel » :

*« Alors oui j'ai passé mon diplôme d'auxiliaire de vie » (A1)*

« je suis passée à l'AIFCC et j'ai passé mes CCP 1 et 3 (Certificats des Compétences Professionnelles), c'est un centre de formation... c'est une forme de euh bah de validation des acquis » (A2)

« j'ai fait une pré-qualification en premier , après j'ai fait bah le titre, le le titre ce qui revient à auxiliaire de vie en fait » (A3)

« puis j'ai passé mon diplôme après... d'auxiliaire de vie » (A4)

« j'ai fait le BEP sanitaire et social, avant avec le CAP petit enfance, (...), et l'école à malto à Caen » (A6)

« une formation de 6 mois à malto » (A7)

« j'ai fait une formation en 4 mois et demi, assistante de vie aux familles ( ... ) » (A9)

« Alors moi je suis anciennement le CAFAD, certificat d'aptitude aux fonctions d'aides à domicile (...), elle a duré 10 mois » (A10)

« j'ai passé mes trois diplômes, alors j'ai la petite enfance, j'ai l'hygiène de la vie quotidienne des personnes, et la sécurité... » « à l'AFPA » (A11)

« j'ai un CAP assistante technique en milieu familial et collectif. » (A12)

Certaines ont fait des formations multiples en parallèle proposées mais non obligatoires :

« j'ai fait pleins de formations, j'ai fait la formation d'accompagnement de fin de vie, la formation d'Alzheimer, bienveillance- maltraitante, la nutrition, euh...et puis l'aide à la toilette... » (A1)

« ensuite j'ai fait quelques formations aux toilettes, maltraitance bientraitance, nutrition, Alzheimer, fin de vie » (A8)

## **b- invisibilité.**

### aux yeux du médecin.

« certains médecins nous ignorent totalement alors qu'ils auraient tout y gagner à parler avec nous... parce que nous on les connaît tellement bien voilà » (A1)

« oh vous savez les médecins ils jouent pas grand rôle avec nous hein, pour eux nous c'est de côté, c'est on voit ça avec les enfants et puis c'est tout(...), pour eux ils échangent avec le patient

*et avec la famille » « le médecin il va nous répondre(...), ça vous regarde pas vous êtes pas de la famille.. » (A12)*

*« euh y en a d'autres eh qui sont complètement fermés à nous, enfin nous on a même pas envie d'être dans la chambre quand ils sont là. Donc c'est porte close » (A13)*

#### aux yeux des familles.

*« c'est compliqué même les familles si y a un truc ils vont appeler d'abord le bureau » « ils m'avaient pas prévenu elle décédée dans la nuit, j'arrive le lendemain ah bah on a oublié de vous dire notre maman est décédée (...) l'info était pas remontée j'étais pas contente parce que limite on me prévient je me dis voilà je me prépare » (A3)*

*« oohh pff celle là elle est en bas de l'échelle on va aller voir les autres... » (A12)*

Certaines vont même se définir comme invisibles.

*« on est les invisibles indispensables... » « on est vraiment là même pas la 5eme roue j'dirais la 7eme roue du carrosse »( A5 )*

D'autres vont considérer qu'elles DOIVENT être peu visibles.

*« c'est la responsable de secteur maintenant qui transmet tous les informations au médecin, on n'a pas à trop échanger, parce que on doit être discret... » (A7)*

Il n'y a pas toujours de lien direct entre l'auxiliaire et l'équipe soignante, l'information passe d'abord par l'employeur ou la famille qui fera ensuite le lien avec le médecin. Ainsi, l'auxiliaire reste très à l'écart de l'équipe soignante.

*« on fait passer les infos au bureau si y a un truc qui va pas ou moi je téléphone et pis après c'est eux par contre c'est eux qui gèrent, c'est le bureau qui gère (...), si euh si y a un petit début d'escarre (...) l'info elle passe d'abord par le bureau, et ça après c'est le bureau qui gère euh qui gère (...) » (A3)*

*« c'est de pire en pire c'était tout vert tout collant... Alors là j'ai pas compris parce que bah on a alerté euh j'ai alerté au bureau tout ça » (A4)*

*« c'est pas à nous de faire la démarche, euh on doit appeler ou en référer à notre responsable, qui nous dit bon bah allez y vous pouvez appeler.. si on trouve que quelque chose va pas, mais que ça relève pas des pompiers des machins, on appelle la responsable » (A5)*

*« Alors moi je remonte au bureau, à la secrétaire , à la trésorière » (A8)*

*« j'ai fait mon rôle, j'ai prévenu la famille, la famille a prévenu le médecin, le médecin va prendre en charge la personne » (A12)*

### **c- Manque de légitimité.**

Certaines auxiliaires décrivent un manque d'écoute de la part de leur employeur.

*« je trouve que .. y a pas assez d'écoute au niveau de notre structure » (A1)*

*« l'soucis nous en étant auxiliaire de vie (...) on essaie de faire tout ce qu'il faut pour mais ça suit pas forcément de l'autre côté mais on a droit de rien dire donc de toute façon » (A3)*

D'autres se disent moins écoutées que l'ensemble des professionnels de santé.

*« on écoute beaucoup plus l'infirmière les aides soignantes le médecin que nous » (A1)*

*« on va écouter l'infirmière qui passe 3 minutes, (...), nous on y passe tous les jours tous les jours, on y va au minimum 1/2h, on nous écoute pas » (A2)*

*« il dit qu'il a vu ça avec les infirmières, les infirmières lui ont dit.. parce que moi je lui ai dit fais le.. mais on est pas toujours écoutées, il l'a pas fait... mais l'infirmière lui a dit oui il faudrait le faire là il l'a écoutée.. donc j'avais le statut d'infirmière peut être qu'il m'aurait écouté... » (A12)*

Un manque d'écoute de la part des familles.

*« si seulement les familles pouvaient nous écouter mais dans notre globalité » (A1)*

*« on avait aménagé la salle de bain pour que le transfert soit très facile (...), pour qu'on puisse accéder au petit monsieur sur la douche à l'italienne, qu'on puisse le relever avec le*

déambulateur, qu'on puisse l'essuyer qu'on puisse le rasoier, qu'on puisse ramener l'autre fauteuil sec pour tout ressortir... ah bah nan bah nan bah nan ça leur plaisait pas à eux donc ils avaient remis tout ça comme avant. Mais je leur dis nous on voit comment adapter le poste de travail que ce soit plus simple plus sécurisant pour euh pour votre papa (...) mais bon on est resté comme ça » (A6)

« Mais on a pas été écouté parce que la fille voulait absolument qu'on mette les barrières point barre donc euh maintenant c'est une dame qui fait ses besoins au lit. » (A6)

« quand c'était trop douloureux pour lui (...), on va faire la petite toilette de matou... non c'était douche, mais on lui disait mais on va le faire tomber » (A6)

« pis d'autres familles où que il va falloir insister insister, et puis bah arrivé à un moment donné on passe par notre responsable pour que il y est plus d'appui » (A10)

« elle se mettait en danger toute seule et la famille voulait pas m'écouter » (A11)

de la part du médecin.

« je vois un truc on voit bien ne serait ce que les jambes, bah des jambes gonflées, bah des fois on leur dit que les jambes sont gonflées et y en a ils nous écoutent même pas » (A10)

« Après moi j'appelle jamais le médecin directement, parce que de toute façon ça servirait à rien » (A12)

voire du bénéficiaire lui-même.

« après ils essaient de faire, les gens, en sorte pour que le docteur vienne quand nous on est pas là (...), ils estiment que... pas tous hein, mais y en a bah...ça les regardent pas » (A12)

#### **d- Reconnaissance statutaire insuffisante.**

L'intitulé du métier varie et ne semble clair pour personne.

« et c'est comme ça que j'ai eu un statut de AVF, assistante de vie aux familles et non plus auxiliaires de vie » (A2)

*« le titre, mais bon c'est exactement la même chose, en limite même mieux que le diplôme, même si le titre, sur les fiches de paye euh c'est pas la même chose » (A3)*

*« en clair on faisait le même boulot qu'une aide soignante, là bas on est formé avec les aides soignantes sur l'hôpital, mais on faisait des stomies, on faisait des trachéo on faisait plus de soins médicaux, enfin soins infirmiers quoi... » (A6)*

*« Oui alors moi je suis assistante de vie (...), oui c'est le titre assistante de vie » (A7)*

*« c'est pas un diplôme d'état, donc je suis considérée comme aide à domicile » (A9)*

*« Bah assistante de vie mais c'est pas reconnu... » « Bah c'est auxiliaire de vie ou assistante de vie, moi je sais que mon diplôme c'est marqué assistante de vie auprès des familles. » (A11)*

*« Bah là j'ai un statut comme auxiliaire de vie sociale parce que on fait le même travail, qu'on soit diplômée ou pas en fait » (A12)*

*« je suis pas auxiliaire de vie, je suis AMP, aide médico-psychologique » « c'est la base de l'échelle auxiliaire de vie, après y a l'auxiliaire de vie sociale » (A13)*

Les associations ou structures qui emploient ne font pas toujours la différence entre une auxiliaire de vie et une femme de ménage.

*« on nous colle beaucoup au ménage le matin » « normalement je devrais faire que de m'occuper des personnes ... » (A2)*

*« moi je vais chez des gens tous les jeudi y a personne c'est des gens qui travaillent qui sont autonomes, qu'on besoin d'une femme de ménage, on m'envoie là bas tous les jeudi... »*

*« je suis diplômée (...) et je fais quand même le ménage... » (A3)*

*« j'ai été basculé dans un autre service où que je faisais quasiment que du ménage » (A12)*

La différence, dans les tâches accomplies, entre une auxiliaire de vie et une aide soignante n'est pas toujours très claire.

*« c'est quand même un travail dur parce que plus ça va plus on fait du travail limite d'aide soignante hein » (A3)*

*« C'est qu'on n'a pas le titre d'aide soignante, mais le travail est le même » (A13)*

La profession peut également être mal comprise par les bénéficiaires et/ou leurs familles. Leur assimilation à des femmes de ménage en est la preuve. Elles peuvent effectivement être amenées à effectuer des tâches de ménage dans le cadre de l'accompagnement de la personne fragile. Mais en aucun cas, cette activité ne doit constituer l'essentiel de leur intervention.

*« des fois les gens sont pas forcément euh style on est femme de ménage ou quoi alors ça par contre... fin bon quand ils me disent femme de ménage je les reprends vite fait » (A3)*

*«Ça aussi voyiez y a des choses ou des fois c'est les familles qui nous exploitent, on a du repassage ils ramènent le linge du petit fils, de la ... oui nan mais.. ou alors y a le fils qu'habite avec la mère euh le fils il dit bah vous ferez le ménage de ma chambre. » (A5)*

*« mais elle nan elle cherchait surtout une femme de ménage, donc comme elle paye on devait faire. » (A6)*

*« bon des fois on nous appelle femme de ménage, bon ça c'est voilà...et c'est vrai que des fois c'est désolant, on a beau expliquer aux gens que on est pas que des femmes de ménage, on est là aussi pour tout ce qui les entoure eux, enfin... »(A8)*

*« elle avait une prise en charge pour elle pour de l'aide à la toilette mais sauf qu'elle ne voulait pas en bénéficier, elle me faisait toujours faire du ménage » « une fois on m'a considérée comme la bonne quoi.. » (A9)*

*« on était pas des chiens on était là pour leur rendre service, les aider dans leur quotidien mais elle pour elle, on était une bonne... » (A11)*

*« je faisais quasiment que du ménage. Et du coup bah ça m'a... bah voilà ça m'a mis un coup sur le moral ( ... ), quand on entend y a la femme de ménage qui arrive, euh oh bah ça démoralise » (A12)*

*« on est des femmes de ménage, des bonnes...on l'a entendu et on l'entend encore...tu diras à ta bonne euh ( ... ), plutôt que de faire la toilette on fait une heure de ménage » (A13)*

Certaines se retrouvent à accomplir des tâches qui ne sont pas dans leurs prérogatives :

*« les médicaments, on se retrouve à donner les médicament alors que c'est pas à nous de le faire... » (A10)*

*« le cabinet infirmier nous les laisse à donner parce que c'est au moment du repas qu'on doit les donner, le médicament du soir » (A13)*

Elles notent aussi un manque de reconnaissance de leur métier aux yeux de la société.

*« je trouve que c'est pas très bien reconnu... » « la reconnaissance ça c'est clair au niveau de la société hein (...), c'est vraiment mal considéré » (A1)*

*« je suis pas écoutée, que je suis pas reconnue, et là bah nan je me sens plus... je suis pas bien, j'arrive chez moi je dis j'en ai marre, mais c'est pas le travail, c'est tout ce qui va autour qu'est pas bon » « On nous écoute sur peu de chose en fait »(A2)*

*« ce qu'est dommage dans notre travail à nous c'est qu'il soit pas reconnu » (A3)*

ou de leurs proches :

*« bah quand j'étais plus jeune je voulais justement travailler avec les personnes âgées, mais bon mon père disait que c'était pas un métier... » (A4)*

## **e- Deux aspirations.**

En partageant leurs expériences, plusieurs auxiliaires donnent déjà des pistes quant aux choses qu'elles aimeraient voir changer. Elles donnent aussi des signes de certaines évolutions déjà en cours.

Certaines manifestent clairement le besoin et la satisfaction de **TRAVAILLER EN EQUIPE**.

*« le médecin remplaçant m'a appelé, pour savoir ce qu'il se passait exactement, combien de temps, si c'était de la diarrhée des selles molles ou machin truc, je lui ai dit je lui ai tout expliqué, et en fin de compte, il m'a dit bon ben ok (...), un vrai travail d'équipe hein » (A10)*

*« le médecin il m'avait rappelé le soir (...), on s'était entretenu et tout machin truc, j'avais trouvé ça mais super génial » (A10)*

*« ... et pis nous mettre les informations, de ce que lui il a constaté (le médecin), parce que ça ils oublient souvent, on sait pas hein, bon bah il est venu bah qu'est ce qu'il a dit, on demande à la personne et la personne elle sait pas » (A10)*

*« On aimerait bien quoi des fois quand même parler des situations, savoir comment on doit la gérer » « qu'on est plus de contact avec les gens, avec les médecins, les médecins, les infirmières, les SSIAD et tout ça qu'on puisse travailler vraiment en groupe quoi... » (A11)*

**SE FORMER et COMPRENDRE** semblent aussi participer à une meilleure satisfaction au travail :

*« on n'a pas tous les éléments pour euh les aider et puis pour comprendre oui c'est lourd oui oui ça c'est lourd... » (A1)*

*« Toutes les formations que j'ai fait c'est euh un plus, ça a toujours été un plus, parce que si y a des choses qui vous échappent et quand tu vas en formation tu te dis tiens oui j'aurais dû faire ça... » (A7)*

*« ça m'a beaucoup apporté, car des fois par exemple dans la formation bientraitance maltraitance on apprend qu'on ne fait pas toujours de la bientraitance en faisant tout à leur place et en voulant bien faire , ça on ne le sait pas... » (A8)*

*« C'était une formation savoir gérer une agression au domicile. Et en fin de compte ça m'a vachement aidé...parce que quand on était agressé verbalement ou physiquement, on prenait tout pour soi ça m'a réconforté » (A10)*

*« y a une infirmière qui m'a donné un conseil pour les jambes gonflées (...), elle m'a expliqué tu appuies sur la jambe gonflée, si ça fait un godet, elle me dit là par contre faut que tu alertes... »*

*« y a d'autres médecins maintenant ça va, ils me donnent les explications » (A10)*

*« Là je voudrais faire la formation handicapée approfondie (...), mais on en a besoin de ces formations, on en a besoin parce que des fois on tombe sur des cas » « la formation que j'ai fait sur la déontologie (...) on l'a eu sur 5 jours mais elle était très bien. » (A11)*

*« moi j'aime énormément savoir avec qui je travaille, et la pathologie des patients, voir au niveau des traitements, parce que nous on est pas habilités pour les traitements, on a juste le pilulier qu'on donne, mais des fois on aimerait bien savoir ce qu'on donne » (A11)*

#### **f- Un paradoxe : une profession aimée.**

En dépit du manque de reconnaissance de leur métier, de sa pénibilité physique et mentale, la majorité des auxiliaires interrogées déclare aimer profondément leur travail, se dit heureuse et épanouie voire ne changerait pour rien au monde d'activité.

*« Alors, je dirais que j'aime vraiment ce que je fais j'aime beaucoup les gens donc je pense que je pouvais pas... j'aurais pas pu travailler sur une machine (...), j'aime vraiment ce que je fais j'y mets beaucoup de coeur parce que... en fait moi le fait de travailler auprès des personnes âgées ça m'a fait prendre conscience de la valeur de la vie parce que eux ils arrivent au bout et c'est des sages parce que eux ils ont déjà tout compris donc j'ai vachement appris avec eux et c'est un plaisir pour moi de les dorloter (...), je trouve que c'est très enrichissant et très valorisant grâce à eux » (A1)*

*« Auprès de mes bénéficiaires je me sens heureuse » (A2)*

*« moi mon plaisir c'est d'aider les gens donc euh ça me convient très bien, quand je repars de chez eux moi si j'ai fait ce que j'avais à faire et qui sont bien je suis contente donc euh voilà... » (A3)*

*« pour ce métier là il faut aimer les gens, et pour aimer les gens il faut s'aimer soi » (A5)*

*« parce que quand je vois le sourire, la personne me dit au revoir, celle qui peut marcher m'accompagne au pas de porte, me fait un petit coucou, se met à la fenêtre, ça ça ....ça fait plaisir, tu repars et tu te dis... quand je repars je me dis que je lui ai apporté quelque chose, ça c'est ... c'est le bonheur » (A7)*

*« Oui oui carrément... même si des fois c'est dur, parce que on a des fois des situations qui sont difficiles, on a des fois on a des planning très chargés, sur les demies heures il faut pas perdre de temps mais euh franchement moi je suis enfin ....c'est vraiment ce qu'il me faut quoi je suis*

*épanouie, j'aime bien aller bosser, même les gens me disent ooh vous avez toujours le sourire... c'est vraiment mon truc » (A9)*

*« Je suis épanouie dans mon travail, j'adore ce que je fais (...) j'ai des interventions qui sont très diversifiées, je fais de tout je fais pas que de l'entretien du logement, je fais de l'accompagnement, je vois j'ai des interventions des fois avec une dame, on part deux heures à faire du shopping (...), moi je fais des toilettes, de l'accompagnement de personne, un soutien morales machins administratifs, les courses, les repas, je fais pleins de choses, je suis épanouie, actuellement je suis épanouie... » (A10)*

*« Ah oui moi je suis carrément...je crois que si j'avais pas ce travail là... je pèterais un plomb.. j'ai besoin du contact j'ai besoin de ce contact là et connaître les gens ... » (A11)*

*« mais autrement nan nan justement connaître les personnes, c'est enrichissant quoi ça nous permet d'avancer (...), on apprend pleins de choses par rapport aux personnes âgées » (A13)*

## DISCUSSION

### I) POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE CETTE ETUDE.

#### a- Points forts.

Bien que plusieurs fois étudiées dans des thèses de recherche en sociologie, les auxiliaires de vie n'ont pas fait beaucoup l'objet des thèses d'exercice en médecine, ce qui confère un point de vue original à notre étude.

La validité interne de cette étude est forte d'une bonne cohérence méthodologique en lien avec la question de recherche, visant à comprendre le travail de l'auxiliaire de vie auprès de la personne âgée fragile vivant au domicile. En effet, le choix de la méthode qualitative par théorisation ancrée vise à comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive.

Un premier guide d'entretien a été rédigé au début de l'étude, de type semi-directif, balayant les différents axes à explorer. L'expérience du premier entretien fût assez édifiante. En effet, les questions posées, pour certaines trop orientées, s'avéraient être productrices de réponses généralisées sans grand intérêt. L'enquêteur a donc progressivement et naturellement élargi et espacé les questions afin de laisser s'exprimer des narrations et des digressions. Après les présentations d'usage, l'entretien pouvait démarrer par une question très large comme « Pouvez vous me parler de votre travail ? » ou « Parlez moi des personnes dont vous vous occupez en ce moment », afin de recueillir de réelles expériences vécues, l'enquêteur pouvant à tout moment faire préciser des points d'intérêt. Ainsi, une grande liberté de parole était laissée à l'interrogée. L'entretien, au départ semi-directif, a donc évolué vers un type d'entretien que l'on pourrait qualifier de « non-directif ». Cette méthode consiste à amener la personne interrogée à explorer elle-

même le champs d'interrogations ouvert par la question de départ, au lieu d'y être guidée par la question de l'enquêteur (9)

Cette méthode semble également permettre une meilleure reconstitution de l'expérience de travail, une meilleure délimitation des contours de cette profession, répondant ainsi à l'objectif de notre étude qui est d'explorer de la manière la plus large possible l'expérience professionnelle de l'auxiliaire de vie auprès de la personne âgée fragile.

L'analyse des entretiens a débuté avant la fin de l'étude, permettant ainsi de donner de nouvelles pistes d'exploration et de rester toujours proche des données de terrain.

### **b- Les points faibles.**

Une majorité des auxiliaires de vie ayant participé à cette étude a été rencontrée lors d'une formation dispensée par le GCS de Bayeux. Il existe donc un biais de sélection, cette formation n'étant pas obligatoire mais seulement proposée, les auxiliaires présentes ne sont peut être pas représentatives de toutes les auxiliaires de vie.

Cette formation traitait du concept de fragilité ce qui a pu influencer certaines réponses des interrogées.

La totalité des auxiliaires de vie recrutées travaille comme salariée d'une structure d'aide à domicile, donc en mode prestataire. Nous n'avons pu contacter aucune auxiliaire de vie travaillant en emploi direct exclusivement (23,5 % des auxiliaires de vie) (10). Cela constitue également un biais de sélection.

Le recueil de témoignages oraux peut également constituer une limite, particulièrement dans ce contexte. Premièrement, la différence de métier entre l'enquêteur (médecin), et l'interrogée (auxiliaire de vie) engendre une différence de point de vue pouvant être à l'origine d'incompréhensions mutuelles. Il se peut aussi que la position de médecin de l'enquêteur connue par l'interrogée ait influencée d'une part les questions de l'enquêteur

afin de ne pas paraître jugeant et d'autre part de l'interrogée notamment sur des questions touchant de leur relation avec des médecins.

De même, le niveau de maîtrise du langage des auxiliaires de vie est un frein à l'expression de leur expérience sur le terrain, limitant peut être parfois la précision du rendu de leur vécu. Il est probable que des données aient ainsi été perdues ou en tout cas non exprimées. Une étude d'observation des pratiques pourrait aider à compléter ce travail.

## **II) DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES**

### **a- Un panel de compétences réelles.**

Le référentiel officiel des compétences des auxiliaires de vie est défini par le décret n°2007-348 du 14 mars 2007. Il décrit un panel de compétences extrêmement larges dont nous citerons quelques exemples :

- Domaine de compétences 1- Connaissance de la personne : Situer la personne aux différents stades de son développement, situer la personne aidée dans son contexte social et culturel, appréhender les incidences de pathologies, handicaps et déficiences dans la vie quotidienne des personnes.
- Domaine de compétences 2- Accompagnement et aide individualisée dans les actes essentiels de la vie quotidienne : assurer le confort, la sécurité et l'aide aux activités motrices et aux déplacements, établir une relation d'aide en stimulant l'autonomie des personnes, repérer et évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée dans les actes de la vie quotidienne, contribuer à la satisfaction des besoins fondamentaux afin d'assurer une bonne hygiène de vie, détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal-être et prendre les dispositions adaptées.

- Domaine de compétences 3 : Accompagner dans la vie sociale et relationnelle : avoir une communication adaptée à la personne à la personne, favoriser et accompagner les relations familiales et sociales de la personne.

Sont également définis les domaines de compétences 4, 5 et 6 se rapportant respectivement à l'accompagnement et aide dans les activités de la vie ordinaires de la vie quotidiennes, la participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé, et à la communication professionnelle et vie institutionnelle.

La notion de compétence est largement utilisée dans les différents champs des sciences humaines, psychologie, ergonomie, sociologie ou pédagogie (11), et peut faire l'objet d'approches très variées en fonction des champs disciplinaires qui la convoquent.

Dans le petit Robert, la compétence est « une connaissance, une expérience qu'une personne a acquise dans tel ou tel domaine et qui lui donne qualité pour bien juger ».

Philippe JONNAERT la définit comme « la mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié mais coordonné de ressources : cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources et sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi de cette situation » (12)

Ainsi la compétence fait appel à des savoirs, des aptitudes et des attitudes diverses finement choisis et adaptés aux contextes les plus variés.

Notre enquête met surtout en relief selon nous les grands domaines de compétence suivant :

L'auxiliaire de vie mobilise des ressources telles que la capacité d'écoute, de conseil, de réassurance afin d'apaiser une peur, un stress, une angoisse. Elle peut utiliser l'humour pour atténuer des moments de tristesse, proposer des sorties ou des divertissements pour casser des lassitudes ou des phases d'ennui. Toutes ces ressources sont ajustées à la

personne et à son état à un instant donné. On peut ainsi parler compétences relationnelles.

Elle fait également preuve d'une grande compétence observationnelle en mettant en jeu des aptitudes de vigilance, de repérage et d'attention aux détails et aux changements. Elles repèrent la douleur, les difficultés à manger, les changements de comportements, les troubles de la marche et de l'équilibre, les troubles de l'humeur mais aussi des consommations à risques ou des différends familiaux.

Certaines auxiliaires semblent bien conscientes du risque de chute chez certaines personnes âgées fragiles et déploient spontanément des techniques afin de limiter ces risques, comme enlever des tapis, faciliter l'accès à la lumière ou encore limiter la consommation d'alcool. On peut ici parler de compétence de prévention.

Elle ébauche également des compétences de coordinations, par des intentions et actions de transmission.

Ces compétences développées par l'auxiliaire répondent aux besoins du patient fragile, chez qui le moindre stress, au sens large, a pour conséquence une modification radicale et disproportionnée de l'état de santé comme la survenue d'un état de dépendance pour les activités de base, mais aussi d'une incapacité à la marche et des difficultés d'équilibration conduisant à un risque important de chute (2). Ce sont ces stress « minimes » qui doivent être repérés et possiblement rapidement corrigés.

Par ses compétences relationnelles, l'auxiliaire participe à atténuer certaines souffrances psychiques inhérentes à l'état de fragilité.

Ses compétences observationnelles la rendent détentrices d'informations précieuses sur la santé globale du patient fragile.

Mais pour que toute cette matière soit exploitée, il faut qu'elle puisse être partagée efficacement.

## **b- L'importance de l'interprofessionnalité.**

La prise en charge d'une personne âgée fragile au domicile demande des compétences multiples et mobilise donc des métiers et professions différentes. L'auxiliaire de vie côtoie ou croise les infirmières libérales, les kinésithérapeutes, les aides soignantes du Service de Soins Infirmiers à Domicile et, les médecins généralistes.

En effet la dimension multifactorielle du vieillissement et de la fragilité nécessite une approche transversale car aucun acteur du système ne peut plus répondre à une problématique tout seul, il a besoin des autres acteurs.

Il ne s'agit pas ici uniquement de multidisciplinarité, qui induit la simple juxtaposition d'approches professionnelles différentes autour d'un problème spécifique sans qu'il y ait de croisement entre elles (13).

L'interdisciplinarité signifie qu'il y a une relation réciproque entre des professionnels différents.

« L'interdisciplinarité ne se résume pas à une juxtaposition statique de savoirs et de compétences, mais constitue un processus dynamique sous tendu par un enrichissement mutuel au service d'objectifs et de projets en commun » (14).

Le concept d'interprofessionnalité renvoie à l'intervention de professionnels de métiers différents, mais intervenant dans une même discipline, en l'occurrence ici la gérontologie.

L'interprofessionnalité est une nouvelle approche du travail collectif qui va beaucoup plus loin que la pluridisciplinarité puisqu'elle propose de faire se rencontrer et d'interagir des métiers, des cultures et des organisations différentes. Le principe d'interaction relatif à la définition de l'interprofessionnalité relève des processus de communication et de feedback, car on ne peut pas échanger sans communiquer. La communication suppose en effet une relation, un échange, un partage, une dynamique et ne se réduit aucunement à de l'information ou à la seule transmission d'un message (14)

Il semble en effet que les auxiliaires de vie interrogées transmettent un certain nombre d'information pertinentes au sujet de leur bénéficiaire. Les modes de transmission sont variés : soit par écrit sur le cahier de transmission, soit par téléphone, le plus souvent à leur responsable de secteur, plus rarement à l'infirmière libérale ou le médecin généraliste. Mais il semble n'y avoir que très rarement de place pour de réels temps d'échanges entre les auxiliaires et les différents intervenants au domicile.

Les messages transmis semblent plutôt relever d'obligations, d'automatismes voire de preuves, que d'une authentique intention de régler un problème à plusieurs. La simple transmission d'un message peut alors s'avérer insuffisante et donc inefficace lorsqu'il s'agit de parler de sujets complexes, comme la sensation subjective qu'une personne ne va pas très bien, qu'elle semble plus algique, qu'elle a plus de mal à se mobiliser, que son comportement change, que la situation se fragilise au domicile de manière générale.

Nous avons donc des professionnelles que l'on pourrait qualifier de « sentinelle » au domicile, détentrices d'une grande variété d'informations, dont devrait se nourrir une prise en charge gériatrique de qualité, et nous n'y avons pas vraiment accès par un manque cruel d'interprofessionnalité.

La mauvaise image, l'invisibilité et le manque de reconnaissance général dont souffre le métier d'auxiliaire de vie peut expliquer en partie cette difficulté à communiquer vraiment, à croire en l'importance de son avis, et donc à développer cette interprofessionnalité.

### **c- La difficulté de valorisation des activités du *care*.**

Le terme de *care* s'avère difficile à traduire en français car il désigne à la fois ce qui relève de la sollicitude et du soin. Il comprend à la fois l'attention portée aux autres et les pratiques du soins qui font du *care* un domaine de travail et d'activité.

Joan Tronto, dans son livre « *Un monde vulnérable : pour une politique du care* », publié en 1993, définit page 143 le *care* de manière très générale, comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde » de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-même et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseaux complexe, en soutien à la vie ».

L'auxiliaire de vie accompagne, soutient, aide la personne âgée afin qu'elle puisse continuer à vivre le mieux possible malgré les difficultés voire les incapacités que la grande avancée en âge et le processus de fragilisation rendent quasiment inéluctable.

Par ses multiples actions, dans l'accompagnement et le lien dans et avec le monde extérieur, par sa présence même au domicile apportant un lien social précieux, par ses multiples gestes destinés à faire plaisir et à donner de la saveur aux choses, et par leur attitude d'écoute, de grande considération, d'attention, de conseil et de stimulation, tout cela hors contexte familial ou amical privé, l'auxiliaire de vie exerce indéniablement LE métier du *care*.

C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est si difficile de définir ce métier de manière circonscrite, et sans être toujours un peu réducteur, le *care* s'enracinant lui même dans des situations très particulières (15)

Mais pourquoi ces activités du *care* restent-elles si mal reconnues ?

Joan Tronto parle d'une marginalisation des métiers du *care* dans nos sociétés contemporaines, de ses pratiques et des personnes qui s'y investissent. Ainsi les activités du *care* se voient exclusivement réservés aux femmes (16).

Nous attribuons encore aujourd'hui aux femmes ces « prédispositions naturelles » d'attention à autrui et à ses proches, qui pérennisent ce vieux schéma pas si caricatural : aux femmes les tâches domestiques et aux hommes la vie publique (17)

Le fait de penser le *care* comme une seule prédisposition naturelle ne nécessitant aucune compétence acquise concourt fortement à sa dévalorisation dans la sphère professionnelle.

On parle alors de naturalisation du *care* ce qui rend sa reconnaissance comme travail difficile voir déniée (15).

Dans l'organisation du système de santé actuelle, la difficulté de reconnaissance des activités du *care* est liée étroitement à leur place dans la division du travail entre les professionnels. Au sein de la hiérarchie des métiers para-médicaux, le métier d'aide soignante s'est progressivement construit par la délégation des tâches que ne veulent plus ou ne peuvent plus effectuer les infirmières, « sale boulot » aux contours mal définis, sorte d'envers des pratiques professionnelles valorisées, cependant indispensables à leur mise en œuvre (18).

Enfin, l'apparente ressemblance des tâches réalisées professionnellement par l'auxiliaire de vie avec celles réalisées dans la sphère privée par « toute femme au foyer » ou même toute personne devant « prendre soin » d'un proche parent âgée concourt également à délégitimer le travail rémunéré du *care*.

#### **d- De nombreuses réformes pour peu de résultats.**

D'un point de vue moins conceptuel, cette non reconnaissance trouve également son origine dans le grand flou identitaire dont souffre encore aujourd'hui le secteur de l'aide à domicile. En effet, nous remarquons qu'aucune des auxiliaires interrogées dans cette étude ne décrit le même parcours de formation, le même diplôme obtenu ni la même appellation. Certaines se disent auxiliaires de vie, d'autres assistantes de vie, ou d'autres encore aides médico-psychologiques, quelques unes disent faire le même travail qu'une aide soignante, d'autres encore avoir débuté leur carrière et travaillé pendant longtemps

sans aucune formation. Les derniers chiffres dont nous disposons datent de 2008. On recensait à ce moment 62,1 % des intervenantes au domicile travaillant sans aucun diplôme du secteur sanitaire et social (10)

Comment se sentir légitime dans son métier lorsque celui-ci, pouvant s'exercer sans aucune formation, prend alors l'allure d'une « simple » activité de domesticité réalisable par tous ?

Pourtant, de nombreuses réformes ont vu le jour ces vingt dernières années afin d'améliorer la professionnalisation des aides au domicile.

Parmi ces réformes, nous citerons l'accord de branche du 29 mars 2002 agréé par le ministère des Affaires sociales en janvier 2003, et le « plan Borloo » de 2005.

La loi 2002-2 a consacré l'intégration de l'aide à domicile dans le champ sanitaire et social en modifiant notamment l'appellation des aides ménagères en auxiliaires de vie. Elle a surtout été accompagnée de la création d'un diplôme spécifique, le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), en remplacement du CAFAD déjà existant, accordant une reconnaissance professionnelle aux métiers de l'intervention à domicile. Plus encore, elle a été rapidement suivie de la signature d'une convention collective en 2003 qui revalorisait sensiblement les rémunérations et améliorait les conditions de travail et d'emploi des salariées (19). L'auxiliaire de vie bénéficie désormais d'une appellation officielle obtenue après validation d'un diplôme officiel.

Mais a priori, cette loi n'a pas suffi à améliorer la santé de ce secteur.

Bernard Ennuyer, professionnel du maintien à domicile depuis le début des années 70, considère la politique du plan Borloo de 2005 comme responsable en partie de ce problème de qualification et de professionnalisation des auxiliaires de vie.

Le plan de développement des services à la personne, présenté le 16 février 2005 par Jean-Louis Borloo devait répondre à ce triple enjeu : favoriser l'emploi et la dynamique

économique, améliorer les conditions de travail des salariés dans ce secteur, apporter une réponse à la perte d'autonomie et au handicap (20).

Mais ce dernier est accusé premièrement d'avoir utilisé le secteur du service d'aide à la personne comme un simple « gisement d'emplois » pour régler la question du chômage. Deuxièmement d'avoir créé une grave confusion en mélangeant, sous le terme « fourre-tout » de service à la personne, des prestations de services non vitales (jardinage, dépannage informatique, gardiennage etc), et la relation d'aide, vitale pour la survie de personnes de tous âges en situation de handicap. Et troisièmement d'avoir permis la multiplication des structures intervenants dans le champs de l'aide à domicile, qui a contribué à obscurcir d'avantage le paysage pour des personnes en difficultés et surtout de créer une concurrence importante entre les dites structures (21).

Bernard Ennuyer décrit ainsi une banalisation des services d'aide à domicile, dont la seule logique marchande est de faire baisser les coûts, donc les salaires et donc les niveaux de qualification (21).

Le niveau de qualification semble être très différent en fonction du mode d'exercice. L'étude de la DREES, réalisée en 2008 sur les conditions de travail de l'auxiliaire de vie a mis en évidence que plus de la moitié des auxiliaires de vie, travaillant en mode prestataire, sont titulaires d'un diplôme du secteur sanitaire et social contre seulement 15 % en mode emploi direct (22). Les auxiliaires interrogées dans notre étude font donc a priori partie des plus formées, travaillant toutes en mode prestataire, ce qui ne semble malgré tout pas suffisant pour se sentir compétente et reconnue.

En plus d'être considéré comme le « sale boulot », ne nécessitant que peu de compétence, mais permettant « au moins » l'accès à l'emploi pour de nombreuses femmes peu qualifiées, le travail de l'auxiliaire de vie peut s'avérer très pénible dans beaucoup de ses aspects.

### **e- Des professionnelles peu ménagées, des conditions de travail difficiles.**

Christelle AVRIL a réalisé en 2006 une étude reposant sur l'expérimentation du métier et sur l'observation directe des pratiques du travail de l'aide à domicile de la personne âgée, afin de mettre en exergue les « contraintes ordinaires de la situation de travail » que vivent les auxiliaires de vie.

Nous retrouvons dans ses résultats les contraintes physiques, dont certaines conséquences sont évoquées par les auxiliaires de notre étude, telles que les multiples tâches de manutention, l'adoption de postures pénibles, les déplacements, souvent à pied, au cours d'une même intervention, les inconvenances d'odeurs ou de température dans des intérieurs non aérés ou surchauffés (les personnes âgées ayant souvent froid). Sont relevées aussi les contraintes d'ordre relationnel qu'impliquent les rapports quotidiens et prolongés avec des personnes âgées, comprenant la gestion de plaintes à répétition, les angoisses, les négociations, parfois des disputes au sein d'un couple, la demande de contact particulièrement forte spécifique de ces populations souvent isolées, pouvant être envahissante voir pesante, également le besoin de parler fort, lentement, voire de crier pour se faire comprendre, de répéter inlassablement les même choses.

Un élément intéressant ressort de ce travail, élément qu'aucune auxiliaire de notre étude n'a évoqué, ce qui confirme l'apport majeur d'une observation des pratiques en complément d'entretiens simples. Il s'agit du développement, de la part des auxiliaires de vie, de tactiques pour échapper à ces contraintes relationnelles, comme d'adopter une attitude laconique face à une dame qui parle sans discontinuer, de faire en sorte de passer du temps dans une autre pièce ou bien de profiter de partir faire des courses pour s'éloigner un moment des radotages incessants (23).

Ces tactiques d'évitement sont la preuve de la lourdeur relationnelle qui peut peser sur les auxiliaires de vie au quotidien, de l'énergie mobilisée pour supporter cette lourdeur mais également pour la fuir. Il faut donc imaginer le tiraillement permanent, conscient ou non,

entre prendre soin de quelqu'un et prendre soin de soi-même, protéger et se protéger, tout en restant satisfait du travail accompli.

La DREES a réalisé en 2008 une grande étude quantitative sur l'évaluation des conditions de travail des auxiliaires de vie.

Cette étude note d'abord des difficultés liées aux demandes des personnes aidées et de leur entourage, demandes faisant notamment référence à l'évolution de l'état de santé de leur bénéficiaire, et auxquelles elles ne sont pas toujours en mesure de répondre. Ces demandes sont inhérentes à leur place d'intervenant de « première ligne » ; elles sont tout le temps là.

Une proportion élevée de salariées sont confrontées à une forme de violence dans la relation d'aide, phénomène retrouvé aussi dans les témoignages de notre étude. Quatre salariées sur dix ont déjà subi une forme d'agression verbale ou des comportements déplacés, 13 % une forme d'agression physique.

La pénibilité des contraintes liées au travail mises en exergue dans l'expérimentation de Christelle AVRIL, est aussi retrouvée dans cette étude. Sont évoquées notamment la station debout prolongée, l'insalubrité des lieux et l'exiguïté, la gestion des personnes en fin de vie et l'effort physique, la pénibilité psychologique liée notamment aux actes qui touchent au corps (actes essentiels de la vie quotidienne).

L'épuisement professionnel, évalué avec le modèle de KARASEK, reposant sur un équilibre entre deux dimensions du travail : l'exigence du travail (quantité du travail, contraintes temporelles etc), et la latitude décisionnelle (contrôle sur son travail, possibilité de prendre des décisions, d'avoir les moyens de réaliser son travail). Un salarié plus à risque d'épuisement professionnel est dit « tendu », ce qui correspond à un travail exigeant avec une faible latitude décisionnelle.

Les salariés exerçant en mode prestataire, comme c'est le cas des auxiliaires de notre étude, sont plus à risque d'épuisement professionnel, et ce d'autant que les personnes aidées sont fragiles, la forte exigence de leur travail correspondant aux grandes contraintes relationnelles et celles liées aux demandes des personnes et de leur entourage.

Le recours aux responsables de secteurs, pour répondre à des difficultés, ne permet pas une baisse du risque d'épuisement professionnel, et pourrait même être responsable d'une moindre autonomie décisionnelle du salarié à gérer sa relation avec la personne aidée (22).

On note par contre une baisse significative de ce risque avec le soutien apporté par les collègues de travail, ce qui souligne l'importance du collectif, élément d'ailleurs mentionné par nos auxiliaires interrogées comme perspectives d'amélioration de leurs conditions de travail.

Le sentiment de solitude ressenti par nos auxiliaires est également retrouvé dans l'étude de la DREES, comptabilisant seulement 50 % d'auxiliaires de vie ayant des échanges avec les autres intervenants du domicile et ce seulement de temps en temps.

Enfin, il est démontré que les auxiliaires de vie souffrent d'un manque de connaissance du plan de soins de la personne aidée, ce qui traduit un réel manque d'intégration de ces professionnelles dans le processus global de prise en charge de la personne fragile au domicile.

Notons que les données de cette étude de la DREES sur les conditions de travail concordent en plusieurs points avec les témoignages recueillis cette notre étude, et ce malgré les 11 années séparant les deux travaux.

Toutes ces contraintes s'accompagnent paradoxalement (mais peut-être pas tant que ça) d'attitudes et de nombreux gestes, qualifiés de « techniquement superflus » par le sociologue Erving Goffman dans *Asile*, superflus au sens qu'ils ne sont absolument pas indispensables à la réalisation pratique de l'aide, mais plutôt guidés par un profond respect de la personne (24).

En effet, on peut se demander où les auxiliaires de vie trouvent cette force, dans de telles conditions, de continuer à faire beaucoup plus que de « simples » gestes techniques et mécaniques.

#### **f) L'auxiliaire de vie comme exemple d'interdépendance**

En effet, en parlant librement de leurs expériences et habitudes de travail, les auxiliaires de notre étude dévoilent de manière très naturelle, les multiples gestes et attentions, tous parfaitement ajustés à chacun de leur bénéficiaire selon leur état général, leurs pathologies, leur capacité, leur personnalité, leur goût et préférence, qui parsèment leurs interventions.

La nature de ces « petites actions » peut être de l'ordre de gestes bienfaisants comme des massages, des caresses affectueuses, d'attitudes joyeuses ou amusantes, de comportement stimulant et motivant, imaginatifs afin de faire plaisir, ou de rassurer une personne angoissée etc. Ces gestes et attitudes sont infinis en nombres et en nature, indescriptibles de manière exhaustive.

Les moments de plaisir et de bien être, procurés à ces personnes fragilisées par la vie, peut constituer une forme de satisfaction pour celles qui en sont la principale source.

Mais cette satisfaction semble également émaner d'une sorte de réciprocité dans les échanges et les rapports. Certaines auxiliaires décrivent leur relations aux personnes âgées comme enrichissantes pour elles-mêmes, d'autres comme source de contacts

sociaux dont elles ne pourraient se passer, tel un réel besoin. Ainsi, la majorité des auxiliaires interrogées se disent épanouies et satisfaites et ce malgré les multiples contraintes sus-citées.

*« vous avez besoin de moi mais moi j'ai besoin de vous aussi, ah vous êtes gentille ah bah oui c'est vrai c'est vrai si on était pas là, bah j'dis si vous étiez pas là je m'ennuierais moi je ferais quoi? » (A3)*

L'auxiliaire à l'origine de cette phrase a utilisé cette « astuce » de l'utilité de son bénéficiaire pour elle-même, pour lui remonter le moral.

Mais bien au-delà d'une simple astuce, cette phrase illustre concrètement l'idée d'interdépendance dans la relation de soins, la personne âgée fragile a besoin des soins de l'auxiliaire de vie pour vivre, mais l'auxiliaire a également besoin de travailler, de prendre soin, de contacts, se sentir utile, pour être pleinement épanouie.

En mettant en évidence ces liens d'interdépendance, c'est la réciprocité dans la relation de soins qui est valorisée.

L'idée alors de dépendance prend un sens moins « négatif », plus universel, si l'on admet que nous avons tous besoin d'éléments extérieurs à nous pour vivre.

Bernard Ennuyer rejette la vision d'une « dépendance-incapacité », faisant référence à un état de vieillesse individuel et biologique, qui nécessiterait une réponse plus curative, médicale et individuelle, et d'ailleurs très utilisé aujourd'hui dans le champs médical, et prône la « dépendance-lien social » faisant référence à une vieillesse comme résultat d'un parcours social et biologique et dont la réponse adaptée serait plus préventive, plus collective, plus corrective des inégalités dues aux parcours sociaux. » (25).

C'est dans cette vision d'une vieillesse autant sociale que biologique que le rôle de l'auxiliaire de vie auprès de la personne âgée fragile prend tout son sens et trouve toute son utilité dans une prise en charge multidimensionnelle tout autant médicale, sociale et psychologique.

### **g- Quels changements possibles ?**

Nous avons des professionnelles quotidiennement au plus proche des populations âgées fragiles au domicile.

Elles connaissent ainsi les parcours de vie, les lieux de vie, les environnements familiaux, les tempéraments, les goûts et les préférences, elles reconnaissent les changements, peuvent en expliquer parfois les causes.

En s'intéressant à ce concept de fragilité, la médecine d'aujourd'hui s'ouvre à une prise en charge non seulement multidimensionnelle mais aussi plus dynamique, non plus seulement attentive à un état à un moment précis, mais aussi aux évolutions et changements à prévoir et ce en fonction de tous les paramètres qui caractérisent une personne dans son entièreté.

Cette médecine de la fragilité pourrait être une porte d'entrée informelle, basée sur des besoins logiques, de l'auxiliaire de vie dans la prise en charge sanitaire et sociale de la personne âgée fragile.

Cela devrait passer par une augmentation des échanges et discussion entre les différents intervenants du domicile, des différents secteurs, afin que les informations circulent.

Nous avons besoin de tous les cerveaux qui travaillent autour d'une personne, d'autant plus si elle est âgée, pour appréhender la complexité des éléments qui influent sur un « état de santé » au sens très large.

Mais la mauvaise image des activités du *care* continue de nous priver de ces échanges.

Ainsi, dans un premier temps, un cadre formel serait sûrement nécessaire afin d'organiser des rencontres entre tous les professionnels.

L'expérimentation PAERPA (Personne Âgée en risque de perte d'autonomie) débutée en septembre 2013 sur plusieurs territoires pilotes est un dispositif qui concerne « l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonome mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social » (26).

Le premier objectif de ce dispositif est d'éviter autant que possible l'hospitalisation et le recours aux urgences de ces personnes, en identifiant et en luttant contre les facteurs de risques d'hospitalisation à savoir les problèmes liés aux traitements (iatrogénie médicamenteuse, difficultés d'observance et insuffisance de traitement), la dénutrition, la dépression et les chutes. Ce projet s'organise autour de trois niveaux de coordination : individuelle avec la coordination clinique de proximité (CCP), territoriale avec l'appui territorial à la coordination et inter-organisationnel avec la mobilisation des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour organiser les transitions ville/hôpital.

En pratique, la décision d'inclure une personne âgée dans une démarche PAERPA est prise par les différents acteurs de soins de premier recours (infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, assistantes sociales, médecin traitant) au cours d'une réunion : la CCP. Si la personne est considérée comme fragile, un Plan Personnalisé de Soins est alors élaboré dans le même temps afin de prévoir les actions à mettre en place pour prévenir la survenue de décompensation, responsable d'institutionnalisation, d'hospitalisation ou de décès.

Cette réunion permet donc aux professionnels de se rencontrer, pour discuter d'une personne qu'ils prennent en charge en commun et ainsi de recréer un travail d'équipe.

Les auxiliaires de vie pourraient-elles être conviées à ces réunions ?

Pourraient-elles être à l'origine même du déclenchement du programme PAERPA, en cas de difficultés rencontrées, de repérage de facteurs de risques d'hospitalisation sus-cités, de fragilisation de situations au domicile ?

Ces rencontres formelles ne seraient-elles pas un facilitateurs de discussion et d'échange à l'occasion de rencontres moins formelles au sein du domicile par exemple ?

Toutes ces questions sont bien sûr à replacer dans un contexte réel de contraintes de temps pour ces professionnelles déjà surchargées, des contraintes de rémunération de ces temps de discussion, donc de contraintes financières, des contraintes de management d'un secteur que seules des mesures politiques, inspirées idéalement des besoins du terrain pourraient faire évoluer.

## CONCLUSION

La fragilité en gériatrie est une manière nouvelle d'aborder la maladie, et vient troubler le manichéisme, cher à la médecine moderne, du normal et du pathologique. La personne fragile est dans un état intermédiaire, instable, dont la moindre perturbation ou variation de son environnement interne (infection bénigne par exemple), ou externe (perturbations de dynamiques familiales ou relationnelles par exemple) peut entraîner une cascade de décompensations responsables d'hospitalisation, d'incapacité, d'institutionnalisation ou de décès. Le repérage de la fragilité, les mesures préventives et les actions thérapeutiques à mettre en place nécessitent une clinique multidimensionnelle, centrée sur l'attention aux détails et à leur évolution, qu'ils soient physiques, psychiques ou environnementaux, menée par tous les acteurs compétents des secteurs sanitaires et social, au sein desquels les auxiliaires de vie pourraient jouer un rôle majeur.

Du lever au coucher, en passant par la toilette, l'habillage et les repas, les déplacements intérieurs comme extérieurs, les difficultés voire les dangers sont nombreux pour une personne âgée fragile qui voit ses ressources tant physiques que cognitives diminuer. Ce phénomène de fragilisation va amener la personne, plus ou moins consciemment, à diminuer ses activités et à « rétrécir » son espace de vie afin de limiter ces nombreux risques, entraînant ainsi l'isolement social, l'ennui, la baisse de moral, la baisse d'appétit et la dénutrition, la fatigue et la lassitude, et donc l'aggravation de cet état de fragilité. L'auxiliaire de vie vient casser cette boucle vicieuse. Elle permet le maintien d'une activité domestique « sécurisée », en accompagnant des actes élémentaires et ordinaires de la vie quotidienne. Par sa seule présence, elle élargit l'espace de vie de la personne fragile, d'abord au sens propre, en permettant des déplacements extérieurs, mais aussi dans un sens plus figuré, représentant à elle seule le monde extérieur, avec tout ce que celui-ci

peut présenter comme stimulations, comme divertissement ou comme plaisirs, et parfois aussi comme désagréments et contraintes.

Sa forte présence dans le quotidien et ce pour des soins de grande proximité la propulse tous les jours un peu plus dans les sphères intimes de son bénéficiaire, sans pour autant l'éloigner de son rôle de soignant. Cette position inédite, qui requiert un investissement sur tous les plans, tant physique, moral qu'affectif, n'est pas sans un risque majeur d'épuisement, et ce sur tous les plans sus-cités.

Sa présence au domicile est non seulement un premier levier à des mesures préventives, mais lui donne aussi accès à des informations pertinentes pouvant influencer toute une prise en charge.

Elle occupe ainsi auprès de la personne âgée fragile une place stratégique qui constitue une sorte de « trait d'union » entre son bénéficiaire et le monde soignant.

Mais l'auxiliaire n'occupe actuellement aucune place signifiante dans le système de soins. Son travail reste encore trop mal reconnu, tant par les employeurs, les autres professionnels de santé, les familles et les bénéficiaires eux-mêmes, et une grande confusion plane toujours au dessus de ces activités, que ce soit en terme de formations, de diplômes, de rôle voire même de nomination.

Malgré des efforts de réformes, le travail de l'auxiliaire de vie reste très dévalorisé, réalisé par des femmes souvent peu ou pas qualifiées, toujours associé à des tâches domestiques plus qu'à de réelles compétences.

L'intérêt de ce travail n'est pas seulement de remettre, une fois de plus, en exergue l'importance mêlée aux difficultés de pratique d'une profession mal reconnue, mal considérée voire rabaissée, mais également de la replacer à juste titre dans un système de soins, qui en a plus que jamais besoin à l'heure où nous réalisons qu'une prise en charge efficace de la santé de nos concitoyens les plus fragiles ne passe pas seulement par des actes et des compétences techniques réservés à une sorte d'élite qui détiendrait

tous les savoirs, mais tout autant par des savoirs-faire relationnels, des attitudes et comportements adaptés à chacun, de soins du quotidien constituant de réelles compétences détenues par des professionnelles devant tout autant être formées et reconnues.

Ce concept de fragilité et les nouveaux modes de fonctionnement qui en découlent seront peut être l'occasion d'intégrer les auxiliaires de vie dans les discussions et les prises en charge, concourant ainsi à une revalorisation de leurs compétences voire même à terme au changement du regard de la société toute entière sur les activités du *care*, indispensables dans un monde vulnérable comme l'est le nôtre.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Livre-blanc-fragilite-2015.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.medcomip.fr/--82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf>
2. Syndrome de fragilité [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=13>
3. Dreuil D. Fragilité, dépendance, attente et dignité au grand âge - Les multiples visages de la fin de vie | article | Espace éthique/Ile-de-France. [cité 28 août 2019]; Disponible sur: <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/fragilite-dependance-attente-et-dignite-au-grand-age-les-multiples-visages-de-la>
4. Loones A, David-Alberola E, Jauneau P. La fragilité des personnes âgées, perceptions et mesures. Cahier de recherche. déc 2008;(256).
5. Fiche\_parours\_fragilite\_vf.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: [https://webzine.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parours\\_fragilite\\_vf.pdf](https://webzine.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf)
6. fps\_prise\_en\_charge\_paf\_ambulatoire.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps\\_prise\\_en\\_charge\\_paf\\_ambulatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf)
7. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.
8. Lejeune C. MANUEL D'ANALYSE QUALITATIVE, analyser sans compter ni classer. (Méthodes en sciences humaines), édition Deboeck supérieur, 2014
9. Duchesne S. Pratique de l'entretien dit « non-directif ». :37.
10. Marquier R. Les intervenants au domicile des personnes âgées fragilisées en 2008. Direction des recherches, des études, des évaluations et des statistiques. juin 2010;(728).
11. Terraneo F, Avanzino N. Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives. Recherche en soins infirmiers. 2006;N° 87(4):16-24.
12. Marga P, par Jonnaert P (2005). Formations, pédagogie et compétences, formations partenaires. 2009.
13. Montocchio C. Coordination et interactions humaines dans le parcours de soins des personnes âgées vulnérables. Master 2 management social et de la santé, Parcours qualité des soins en gérontologie, Université Caen Basse Normandie, Octobre 2016
14. Mourey F, Outata S. Contexte et concept [Internet]. ERES; 2005 [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/interprofessionnalite-en-gerontologie--9782749203942-page-17.htm>
15. Brugère F, Tronto J. Pour une théorie générale du care. :5.

16. DARES-ANALYSES [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/12/2013-079.pdf>
17. Laugier S. Le care comme critique et comme féminisme. *Travail, genre et sociétés*. 4 nov 2011;n° 26(2):183-8.
18. Mathieu-Fritz A, Arborio A-M, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. *Revue française de sociologie*. 2002;43(1):175-6.
19. Devetter F-X, Messaoudi D. Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi. *La Revue de l'Ires*. 2013;n° 78(3):51-76.
20. plan\_sap.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_sap.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/plan_sap.pdf)
21. Ennuyer B. Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile. *Gerontologie et société*. 26 oct 2012;35 / n° 142(3):143-56.
22. Marquier R, Nahon S. Les conditions de travail des aides à domicile. 2008;60.
23. Avril C. Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire. *Le Mouvement Social*. 2006;no 216(3):87-99.
24. Goffman E, *Asiles...*, op. cit., p. 123. In.
25. Ennuyer B. Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le sociographe*. 2013;Hors-série 6(5):139-57.
26. cahier des charges paerpa.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc\\_paerpa.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf)

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : le GFST du gérontopôle de Toulouse



### Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL  $\geq 5/6$ ), à distance de toute pathologie aiguë.

|  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               | <b>Ne sait pas</b>       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre patient vit-il seul ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient se plaint-il de la mémoire ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :*

|   |                                     |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Votre patient vous paraît-il fragile ?  | <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NON</b> <input type="checkbox"/> |
| Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour ? | <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NON</b> <input type="checkbox"/> |

## ANNEXE 2 : Guide d'entretien

|   |
|---|
| <p><b>INTRODUCTION</b></p> <p>Présentation générale : Médecin généraliste remplaçante, thèse sur la prise en charge par les auxiliaires de vie chez les personnes âgées fragiles vivant au domicile.</p> <p>L'objectif de mon étude est d'interroger le maximum d'auxiliaires de vie s'occupant quotidiennement de personnes âgées au domicile, afin de comprendre en profondeur votre travail, d'en dégager les principaux aspects, dans le but de pouvoir mettre le doigt sur des informations que vous pourriez recueillir pouvant être d'une grande utilité dans la détection des situations de fragilité chez les personnes que vous suivez.</p>   |
| <p><b>AUTORISATION D'ENREGISTREMENT</b></p>   |
| <p><b>PRESENTATION DE L'INTERROGEE</b><br/>âge, nombre d'années de métier , nature ou type d'employeur.</p> <p>Pourquoi avez vous choisi le métier d'auxiliaire de vie?</p>   |
| <p><b>AXE FORMATION</b><br/>Pourriez vous me parler de votre parcours professionnel et comment êtes vous devenue auxiliaire de vie?<br/>Quelle formation avez vous suivi?<br/>Pourriez vous me décrire, d'après vos souvenirs, le contenu de cette formation? Qu'elles étaient les différentes matières ou modules?<br/>Les examens? Les terrains de stage?</p>   |
| <p><b>AXE METIER D'AIDE AU DOMICILE</b></p> <p>Pourriez vous me parler de votre travail, en quoi consiste-t-il exactement?<br/>Une journée type pour une aide au domicile ?<br/>Qu'est ce que vous faites exactement chez vos patients?<br/>Le temps que vous passez chez une personne?<br/>Quel est votre rôle?</p>  |
| <p><b>AXE PREVENTION</b></p> <p>Que vous évoque le terme de prévention de manière générale?<br/>Pensez vous avoir un rôle de prévention dans votre travail?<br/>Vous a-t-on déjà parlé de prévention dans votre ou vos formations?<br/>Comment exercez vous cette prévention?<br/>Quels sont éléments sur lesquels vous pouvez faire de la prévention chez vos patients?</p>  |
| <p><b>AXE FRAGILITE/ fragilisation de la situation</b></p> <p>Que vous évoque la fragilité de manière générale? Chez une personne âgée?<br/>Selon vous, qu'est ce qu'une personne âgée en sécurité au domicile?<br/>Quels sont les éléments essentiels pour qu'une personne âgée soit bien chez elle, toujours selon vous?<br/>y a t-il des éléments évidents ou moins évident qui vous évoquent un mal-être chez la personne âgée, une souffrance, un danger?<br/>Y a-t-il des points de vigilance particuliers en veille de manière un peu automatique que vous auriez appris ou que vous auriez développé par expérience?<br/>Pouvez vous me parler des inquiétudes que vous pouvez ressentir dans votre travail, concernant les personnes dont vous vous occupez? Sur quels éléments portent ces inquiétudes s'il y en a?</p> |
| <p><b>AXE COMMUNICATION/ COORDINATION /COOPERATION/TRAVAIL EN EQUIPE</b></p> <p>Pourriez vous décrire les relations que vous entretenez avec le personnel médical et paramédical, IDE, kiné, médecin...? Et avec vos collègues?<br/>Parlez moi des moyens que vous utilisez pour communiquer avec vos collègues auxiliaires, avec les IDE, kiné, médecins généralistes?<br/>Pensez vous votre travail comme un travail d'équipe?<br/>Comment aimeriez vous que votre profession évolue?</p>   |
| <p><b>OUVERTURE SUR AXE EPUISEMENT</b></p> <p>Que pensez vous de votre travail? Comment le vivez vous de manière générale? Que changeriez vous?<br/>Pouvez vous me décrire la manière dont vous vivez votre travail au quotidien? Comment le ressentez vous ? Par rapport à vous et par rapport à votre entourage professionnel et personnel?</p>   |

## ANNEXE 3 : Grille COREQ

| N°   | item   | Guide questions/description  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion</b> |  |  | Analyse de la thèse<br>Réponses aux questions  |
| <i>Caractéristiques personnelles</i>                   |  |  |  |
| 1  | Enquêteur/ Animateur                                   | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?  | Anne de BOURSETTY  |
| 2  | Titres académiques                                     | Quels étaient les titres académiques du chercheur ?  | Validation du DES de médecine générale   |
| 3  | Activité   | Quelle était leur activité au moment de l'étude ?  | Médecin généraliste remplaçant   |
| 4  | Genre  | Le chercheur était-il un homme ou une femme ?  | Femme  |
| 5  | Expérience et formation                                | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?   | Initiation à la recherche qualitative  |
| <i>Relations avec les participants</i>                 |  |  |  |
| 6  | Relation antérieure                                    | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?  | Non  |
| 7  | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche   | Les motifs et objectifs de la thèse étaient expliqués au début de chaque entretien.  |
| 8  | Caractéristiques de l'enquêteur                        | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche         | Médecin généraliste remplaçant en cours de rédaction d'une thèse sur le travail de l'auxiliaire de vie auprès de la personne âgée vulnérable |
| <b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>               |  |  |  |
| <i>Cadre théorique</i>                                 |  |  |  |
| 9  | Orientation méthodologique et théorie                  | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu | Théorisation ancrée, entretiens compréhensifs  |
| 10   | Echantillonnage  | Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige                                  | Échantillonnage aléatoire  |
| 11   | Prise de contact                                       | Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel  | Téléphone précédée pour certaines d'un mail ou d' face à face  |
| 12   | Taille de l'échantillon                                | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?  | 13 participants  |
| 13   | Non- participation                                     | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?   | 5 non réponses aux relances téléphoniques après une réponse positive en face à face  |
| <i>Contexte</i>  |  |  |  |
| 14   | Cadre de la collecte de données                        | Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail   | Cafés, domicile, lieu de travail, locaux de l'association  |
| 15   | Présence de non- participants                          | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?  | Non  |
| 16   | Description de l'échantillon                           | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date  | Âge, sexe, nombre d'années d'expérience, employeur, activité antérieure  |
| <i>Recueil des données</i>                             |  |  |  |
|  |  |  | Questions de départ fixes, puis  |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 17                                      | Guide d'entretien                      | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?                                   | entretien type compréhensif donc guide d'entretien souple et réactualisé au cours de la recherche              |
| 18                                      | Entretiens répétés                     | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?  | Non  |
| 19                                      | Enregistrements audio/visuel           | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?  | Enregistrement audio   |
| 20                                      | Cahier de terrain                      | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?                                  | Après les entretiens   |
| 21                                      | Durée                                  | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?  | Entre 30 minutes et et 1h par entretien  |
| 22                                      | Seuil de saturation                    | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?   | Oui  |
| 23                                      | Retour des retranscription             | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?  | Non  |
| <b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b> |  |   |  |
| <i>Analyse des données</i>              |  |   |  |
| 24                                      | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ?   | L'auteur et un chercheur indépendant pour le codage ouvert puis l'auteur seul pour le codage axial et sélectif |
| 25                                      | Description de l'arbre de codage       | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?   | Non  |
| 26                                      | Détermination des thèmes               | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?   | Déterminés à partir des données  |
| 27                                      | logiciel                               | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?   | Aucun, codage à la main  |
| 28                                      | Vérification par les participants      | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?  | Non  |
| <i>Rédaction</i>                        |  |   |  |
| 29                                      | Citations présentées                   | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant | Oui, identifiée avec un numéro précédée de la lettre A pour auxiliaire   |
| 30                                      | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?  | Oui  |
| 31                                      | Clarté des thèmes principaux           | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?   | Oui  |
| 32                                      | Clarté des thèmes secondaires          | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?  | Non  |

**AUTEUR : Nom : de BOURSETTY**

**Prénom : Anne**

**Date de soutenance : 9 octobre 2019**

**Titre de la thèse : Comprendre le travail de l'auxiliaire de vie auprès de la personne âgée fragile vivant au domicile**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : fragilité, auxiliaire de vie, profession, personne âgée, maintien au domicile**

**Résumé :**

**Contexte :** Le concept de fragilité en gériatrie est apparu il y a une trentaine d'années dans un contexte de transition démographique majeur de vieillissement de la population. La personne âgée fragile se trouve dans un état de santé instable, se situant entre le « normal » et le pathologique, à haut risque de décompensation. La prise en charge de ce syndrome consiste en la mise en place de mesures correctives et préventives et nécessite la mobilisation des compétences de tous les professionnels des secteurs sanitaire et social. L'enjeu de ce travail est de montrer que les ressources mobilisées par l'auxiliaire de vie sur le terrain répondent aux besoins de la fragilité.

**Méthode :** Etude qualitative utilisant une méthode par théorisation ancrée. 13 auxiliaires de vie travaillant dans le calvados ont été interrogées. Les entretiens menés étaient initialement de type semi-directifs, et sont progressivement devenus « non-directifs ». Les données ont été codées manuellement.

**Résultats :** L'auxiliaire de vie accompagne voire aide à accomplir les activités ordinaires (entretien du logement, courses, préparation du repas, déplacements etc.) et essentiels (se lever, manger, se laver, s'habiller) de la vie quotidienne devenues compliquées voire dangereuses mais néanmoins indispensables pour la personne âgée fragilisée. Elle occupe une place privilégiée, de confidente, d'amie voire de parent, auprès de son bénéficiaire. Elle s'efforce de lui redonner goût aux choses de la vie. Elle mobilise à la fois des compétences de soignant ; elle repère, prévient, « diagnostique », transmet, alerte, et des ressources personnelles d'une grande bienveillance ; elle écoute beaucoup, rassure, conseille, stimule, fait rire, recadre, insiste. Mais ces multiples tâches réalisées quotidiennement représentent une charge physique et mentale importante, pouvant mener à l'épuisement professionnel. L'auxiliaire semble également exposée à des agressions physiques et verbales. Malgré son caractère essentiel, cette profession souffre d'un flou identitaire ainsi que d'un manque de reconnaissance majeur.

**Conclusion :** La médecine de la fragilité est une médecine globale de prévention, d'attention et de vigilance qui nécessite de réelles compétences dont certaines largement mobilisées par les auxiliaires de vie. Leur meilleure intégration dans le système de soin répondrait non seulement au besoin des plus fragiles mais participerait à la revalorisation de leur profession.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le professeur François PUISIEUX**

**Asseseurs : Madame le professeur Sophie QUINTON-FANTONI, Monsieur le professeur Christophe Berkhout**

**Directeur de thèse : Monsieur le docteur Daniel DREUIL**