

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Du “sale boulot” à la reconnaissance

La place de l'aide-soignant dans l'organisation des soins

Christelle HEITZ

DCS@18-19

« Être un homme, c'est sentir, en posant une pierre, que l'on contribue à bâtir le monde ». Antoine de Saint-Exupéry

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.
Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur LAMIRE, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité, ses encouragements et sa bienveillance tout au long de mon travail de recherche.

Merci à toute l'équipe de l'ESM, et tout particulièrement Madame Morgane LE GAL et Monsieur Patrick FARNAULT pour leur accompagnement durant cette année de formation.

Je remercie également mes proches, pour leur appui, mon mari pour sa patience, son soutien et sa compréhension tout au long de cette année de travail.

Un grand merci aux cadres de santé et aux aides-soignantes qui ont accepté de participer à ce travail.

Un immense merci à Nathalie, Julie, Sandrine, Emilie, Dominique, et Hugues et Florian, mes compagnons de route pour avoir été des ressources inestimables et pour leur solidarité sans faille. La team « ser'volt » a été un soutien indispensable.

Enfin je tenais à remercier tout particulièrement Florian, qui a été la plus belle rencontre que j'ai faite cette année...

SOMMAIRE

Introduction	5
1 De la situation d'appel à la question de recherche	7
1.1 Mon expérience professionnelle à l'origine de ma question de départ.....	7
1.2 Premières lectures et enquête exploratoire : la confirmation de la pertinence de mon questionnement.....	9
1.3 L'émergence de ma question de recherche et de mes hypothèses	11
2 Quelques apports théoriques : le commencement du travail de recherche	13
2.1 La profession d'aide-soignant.....	13
2.1.1 L'évolution « frileuse » d'un métier récent.....	13
2.1.2 Le « sale boulot »	15
2.1.3 Les soins relevant du « care », la part invisible du métier d'aide-soignant	16
2.2 Du concept de reconnaissance à la reconnaissance au travail.....	17
2.2.1 Le concept de reconnaissance	17
2.2.2 La reconnaissance au travail.....	18
2.2.3 La reconnaissance selon l'école de la psychodynamique du travail	20
2.3 Le sens au travail.....	22
2.3.1 Une définition à sens multiples	22
2.3.2 Première approche du sens dans le management : le « sensemaking ».....	24
2.3.3 Caractéristiques d'un travail qui a du sens dans les années 2000	25
2.3.4 La raréfaction du sens au travail et la perte de sens	26
2.4 Le projet : un outil au service du sens et de la reconnaissance	28
2.4.1 Quelques définitions	28
2.4.2 Le projet : une réelle nécessité au sein des organisations	29
2.4.3 Le projet de soins	30
2.5 Le rôle du cadre de santé.....	31
3 Méthodologie de l'enquête.....	33
3.1 Le choix d'une méthode de collecte de données	33
3.2 Le recueil des données par l'entretien semi directif.....	33
3.3 Elaboration du guide d'entretien.....	33
3.4 Le choix de la population enquêtée	35
3.5 Les modalités d'enquête.....	36
3.6 Limites de l'enquête.....	36
3.7 Méthodologie d'analyse.....	37
4 Interprétation et analyse des résultats de l'enquête	38
4.1 La profession aide-soignante, une description motivée par le désir de valorisation du métier	38
4.1.1 Le « monopole » du rôle relationnel.....	38

4.1.2	Un métier difficile.....	39
4.1.3	Une vision partagée de la profession.....	41
4.2	La reconnaissance des aides-soignantes, vision des différents acteurs	41
4.2.1	La collaboration : levier de reconnaissance ?.....	41
4.2.2	L'ambiguïté de la reconnaissance du médecin	44
4.2.3	La perception de la fonction aide-soignante source de reconnaissance : valoriser la profession dès la formation	46
4.2.4	La reconnaissance des aides-soignants : des stratégies managériales spécifiques	47
4.3	La participation des aides-soignantes.....	49
4.3.1	Définition du concept.....	49
4.3.2	La valorisation de la place de l'aide-soignante : levier de participation	50
4.3.3	Participation au projet de soins : le rapport à l'écrit des aides-soignantes	51
4.3.4	Le sens au travail : levier de participation des aides-soignantes	52
4.4	Le projet de soins	54
4.4.1	Le binôme AS/IDE : quelle place pour l'aide-soignante ?	54
4.4.2	Le projet de soins : un travail collectif autour d'un objectif commun.....	56
4.4.3	La contribution des aides-soignantes au projet de soins	57
5	Synthèse et retour sur mes hypothèses de recherche.....	59
	Conclusion.....	64
	Bibliographie	65
	Annexes	

Liste des abréviations

IFCS : Institut de formation des cadres de santé

CAFAS : Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignant

DPAS : Diplôme Professionnel d'Aide-soignant

DEAS : Diplôme d'Etat d'Aide-soignant

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

HEC : École des hautes études commerciales

IRSST : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

HAS : Haute Autorité de Santé

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

AS : Aide-soignant

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

CDS : Cadre de santé

Avertissements pratiques

Lire partout « infirmier », « infirmière et « aide-soignant », « aide-soignante ».

Introduction

La réalisation d'un travail de recherche durant l'année d'études au sein de l'Institut de formation des cadres de santé l'Ecole Supérieure Montsouris, donne aux étudiants, l'opportunité de mener une réflexion sur un thème de leur choix. Dans le cadre de cette initiation à la recherche, j'ai fait le choix de traiter un thème qui m'est apparu comme étant central dans les fonctions du cadre de santé, la valorisation de la participation des aides-soignantes à la prise en charge globale des patients et plus particulièrement dans le projet de soins.

Le fil conducteur de mon mémoire de fin d'étude est une recherche sur la singularité d'un métier intermédiaire à l'hôpital, celui de l'aide-soignante.

Ce mémoire résonne tout particulièrement pour moi car il est le fruit d'un questionnement sur mon vécu professionnel. En tant qu'infirmière, j'ai côtoyé, travaillé, collaboré avec de nombreuses aides-soignantes. Durant mon expérience de faisant fonction de cadre de santé, j'ai été amenée ensuite à les encadrer. Si j'ai appris beaucoup d'elles, notamment en début de carrière, je me suis finalement aussi beaucoup interrogée sur leur pratique.

Le nombre d'aides-soignantes n'a cessé d'augmenter ces trente dernières années. Les aides-soignantes sont autour de 598 000 pour la période de 2012-2014 et représentent environ 1,5% des emplois en France métropolitaine¹.

Les aides-soignantes constituent l'un des premiers maillons de la chaîne des professionnels qui gravitent autour du patient. En effet, parmi les professions du secteur paramédical, le métier d'aide-soignant est l'un de ceux qui s'exerce au plus proche des personnes hospitalisées. Elles assurent les soins d'hygiène et de confort des patients, tout en s'appuyant sur des soins relationnels afin d'apporter leur soutien aux personnes dépendantes pour toutes les tâches de la vie quotidienne. Pourtant, selon A.M. ARBORIO, sociologue, les aides-soignantes apparaissent comme le dernier maillon de la chaîne des soins, à qui l'on délègue ce que l'on appelle « le sale boulot »². L. CAUSSE ajoute également que le travail des aides-soignantes est peu valorisé socialement et doit alors rester dans l'ombre³. De ce fait, contrairement à la majorité des professionnels de la santé, elles ne retirent pas ou peu de profits symboliques liés à leur métier. Les aides-soignantes, peu considérées, restent trop souvent discrètes, leur implication au travail et la satisfaction qu'elles semblent retirer de leur profession sont faibles. Leurs compétences ne semblent pas assez mises en valeur au sein de notre société, parfois même au cœur des services de soins. Elles éprouvent et verbalisent alors un fort besoin de reconnaissance et tentent de compenser la faible satisfaction qu'elles semblent retirer de leur travail en valorisant la partie relation d'aide de leur profession⁴.

Le problème de reconnaissance au travail est un élément que les personnels d'encadrement doivent impérativement prendre en compte. En effet, le besoin de valorisation des professionnels, est un

¹ dares.travail-emploi.gouv.fr, consulté le 19/03/19

² ARBORIO A.M. « Un personnel invisible - Les aides-soignantes à l'hôpital ». Paris : 2^{ème} Edition, Economica, 2012, 334 p.

³ CAUSSE L., « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté », in « Le bas de l'échelle. La construction sociale des situations subalternes », SALIES P., LE LAY, S., 2006, pp.67-79

⁴ NIGEON A. « Les facteurs d'implication et de satisfaction au travail chez les aides-soignantes en gériatrie ». Soins Aides-Soignantes n°7, décembre 2005 p. 28-29

facteur nécessaire à la motivation et représente un véritable enjeu de bien-être au travail. En tant que future cadre de santé, cette question devra donc être une de mes préoccupations majeures.

Les aides-soignantes sont des acteurs primordiaux du système de santé. C'est pourquoi je souhaite leur dédier mon travail de recherche.

Dans une première partie, j'explicitai le cheminement m'ayant amené de ma question de départ à ma question de recherche, puis mes hypothèses. Je confronterai ensuite ma réflexion et mes observations à des références théoriques, notamment sur la profession aide-soignante, la reconnaissance, le sens au travail et le projet. Ces concepts feront l'objet de ma deuxième partie. Dans une troisième partie, je présenterai ma méthodologie d'enquête de terrain. Je présenterai ensuite les résultats et l'analyse des données recueillies lors des entretiens que je confronterai au cadre théorique et à des apports conceptuels complémentaires. Cette quatrième partie me permettra également d'approfondir le rôle du cadre de santé. Enfin, je conclurai cette étude en m'interrogeant sur les limites du travail effectué.

1 De la situation d'appel à la question de recherche

1.1 Mon expérience professionnelle à l'origine de ma question de départ

J'ai débuté ma carrière d'infirmière en 2001 au sein du service des Urgences adultes du Centre Hospitalier Louise Michel d'Evry. Au cours de cette expérience professionnelle, j'ai pu travailler aux côtés d'aides-soignantes du service, notamment lorsque j'étais affectée à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. J'étais alors « jeune diplômée » et travailler avec les aides-soignantes m'a permis de profiter de leur expérience auprès des patients. Ces cinq années passées dans ce service m'ont donc permis d'identifier l'importance du travail de l'aide-soignante et plus particulièrement l'importance de la collaboration infirmière / aide-soignante dans la prise en charge des patients.

Du fait de leur proximité avec les patients ou leur entourage, les aides-soignantes sont, selon moi, un maillon indispensable à une prise en charge de qualité. De par les grandes missions qu'elles exercent auprès des patients, les AS sont les personnels soignants les plus au contact avec ces derniers : soins d'hygiène et de confort, aide dans les tâches de la vie quotidienne. Elles ont également un rôle important d'observation. En effet, les aides-soignantes doivent être capables d'adapter leurs interventions en fonction des changements de comportements qu'elles ont pu observer chez les patients dont elles ont la charge. Elles sont également un repère socio-affectif pour le patient du fait de l'isolement et de l'éloignement de la famille, de la perte de repères surtout pour les personnes âgées. Cependant, selon Anne NIGEON, Cadre de santé, les aides-soignantes semblent retirer une faible satisfaction de leur travail⁵.

En 2005, je décide d'intégrer le service de Réanimation Néonatale. L'équipe paramédicale de ce service étant composé d'infirmières puéricultrices, d'infirmières et d'auxiliaires puéricultrices, je n'ai donc plus eu l'occasion de travailler avec une équipe d'aides-soignantes.

C'est en 2016 que l'on me confie le poste de faisant fonction de cadre de santé au sein d'un service de Neurologie disposant de 60 lits, d'une équipe de 27 infirmières et 29 aides-soignants. Très rapidement, la façon de collaborer des aides-soignants m'interroge.

Le service étant divisé en différents secteurs, les infirmières prenaient chacune en charge un groupe de patients appartenant à un même secteur. Cette répartition d'activité et de patients leur permettait d'être « référentes » d'un groupe de patient et donc de mieux connaître leur histoire, leur pathologie, les différentes problématiques relevant de la prise en charge des patients. La division des secteurs correspondait à la répartition des médecins du service. Les infirmières avaient donc un seul et même interlocuteur pour un groupe de patients. Ils collaboraient donc dans la prise en charge des patients de leur secteur. Les aides-soignantes avaient une toute autre organisation de travail. Elles ne se répartissaient pas les patients en fonction des secteurs et avaient plutôt tendance à travailler toutes ensemble. Il n'y avait donc pas de réelle coordination entre les aides-soignantes, les infirmières et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire du service.

⁵ NIGEON A. « Les facteurs d'implication et de satisfaction au travail chez les aides-soignantes en gériatrie ». Soins Aides-Soignantes n°7 – Décembre 2005 p. 28-29

Je me pose alors un certain nombre de questions :

- ✓ **Qu'est-ce que le travail d'équipe ?**
- ✓ **Quelle est la place de l'aide-soignant au sein d'une équipe ?**
- ✓ **Quelle est la place de la notion de collaboration et de travail d'équipe au sein de la formation des aides-soignants ?**

De plus, je percevais ce que j'identifiais comme un manque de participation de leur part, notamment lors de certaines activités primordiales du processus de prise en charge globale du patient.

Les prises en charges des patients du service étant très souvent complexes, un staff hebdomadaire pluridisciplinaire était organisé. Ce staff était l'occasion pour les soignants de s'interroger sur une prise en charge, d'échanger sur leurs éventuels questionnements. Les médecins du service, les infirmières, ainsi que les aides-soignantes y étaient conviées. Les diététiciennes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les assistantes sociales y participaient également. Lors de ces staffs, bien que sollicitées à participer, les aides-soignantes ne sont pas systématiquement présentes ou si elles le sont, elles ne prennent que très rarement la parole.

- ✓ **Pourquoi les aides-soignants ne s'autorisent-elles pas à participer au staff pluridisciplinaire ?**
- ✓ **L'équipe laisse-t-elle suffisamment de place à l'aide-soignante lors de ces staffs ?**

Lors de ces staffs ou tout simplement dans l'unité de soins, j'ai également pu constater que les médecins, les orthophonistes, les kinésithérapeutes ne s'adressaient que très rarement aux aides-soignantes et sollicitaient en priorité les infirmières du service.

- ✓ **Ce manque de collaboration est-il du aux représentations que les autres membres de l'équipe ont de la profession d'aide-soignante ?**

Lors des transmissions orales inter-équipes, j'ai également pu constater que les aides-soignantes n'étaient pas systématiquement présentes. Régulièrement, elles débarrassaient les plateaux repas des patients ou allaient faire la vaisselle au lieu d'échanger avec le reste de l'équipe sur l'état de santé du patient ou sur les observations qu'elles avaient pu faire dans la journée. Lorsque les aides-soignantes assistaient à ces moments de transmissions, j'ai pu observer qu'elles ne participaient pas aux échanges. Elles restaient assises dans un coin du poste de soins en attendant l'heure du départ.

J'ai également pu constater que les aides-soignantes remplissaient le diagramme de soins mais ne réalisaient que très peu de transmissions écrites. Lorsque je les ai interrogées sur les raisons de ce

manque de transmissions écrites, elles m'ont à plusieurs reprises évoqué le fait que l'infirmière avait fait des transmissions écrites et que cela était suffisant. Les infirmières quant à elles, ne sollicitaient pas les aides-soignantes ou très peu et ne les incitaient pas à tracer les soins ou activités qu'elles avaient réalisé auprès des patients dans la journée. Je me suis alors demandé si les infirmières elles même étaient capables de se rendre compte de la place occupée ou plutôt dans cette situation « inoccupée » par les aides-soignantes du service.

- ✓ **Le travail du cadre de santé ne doit-il pas débiter auprès des autres membres de l'équipe soignante afin qu'ils puissent reconnaître et utiliser les compétences des aides-soignants ?**
- ✓ **La collaboration avec les autres professionnels du soin permet-elle la reconnaissance des compétences et de la place de l'aide-soignant au sein de l'équipe ?**

Ces constats ont donc orienté le choix du sujet de mon mémoire. L'envie de comprendre les mécanismes et les raisons profondes de ce que j'identifie comme étant un manque de participation est née. Je formule alors ma question de départ :

En quoi le rôle du cadre de santé, dans la caractérisation de la place de chacun au sein de l'équipe, peut-il favoriser la participation des aides-soignantes ?

Afin de stabiliser ma question de départ et de vérifier sa pertinence, je réalise mes premières lectures exploratoires.

1.2 Premières lectures et enquête exploratoire : la confirmation de la pertinence de mon questionnement

Je commence donc par lire le livre de la sociologue Anne-Marie Arborio, « Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital »⁶. Cet ouvrage m'amène à constater que la profession des aides-soignantes est née de l'évolution en matière de progrès médicaux ainsi que de l'évolution devenue nécessaire de la profession d'infirmière. Leur statut a pour particularité de ne pas avoir de rôle propre mais uniquement des tâches qui leur sont déléguées par les infirmières. Selon Anne Marie ARBORIO, les tâches déléguées constituent ce qu'elle appelle « le sale boulot » ou « dirty work » en référence à Everett HUGHES⁷.

⁶ ARBORIO A.M. « Un personnel invisible - Les aides-soignantes à l'hôpital ». Paris : 2^{ème} Edition, Economica, 2012, 334 p.

⁷ Everett Hughes (1897-1983), sociologue Américain.

- ✓ **Ce rapport au « sale boulot » ne conditionne-t-il pas les relations infirmières / aides-soignantes au sein de l'équipe soignante ?**
- ✓ **Influence-t-il les représentations que les membres de l'équipe pluridisciplinaires ont de la profession aide-soignante ?**

Je m'intéresse ensuite à un article paru dans la revue « Soins Aides-Soignantes » qui traite de l'implication et de satisfaction au travail chez les aides-soignantes en gériatrie⁸. Il s'agit d'une enquête menée auprès de 80 aides-soignantes exerçant en gériatrie.

Selon cette enquête, la faible participation des aides-soignantes proviendrait essentiellement du caractère domestique des tâches qu'elles réalisent. De plus, l'ambiance de travail, la conscience professionnelle, la reconnaissance du cadre de santé ainsi que les encouragements permettraient aux aides-soignantes de s'impliquer.

L'ambiance est un élément moteur. En effet, dans l'enquête, les aides-soignantes disent être influencées par le regard et le jugement de l'autre. La reconnaissance des collègues semble être plus importante que celle du cadre. La place que leurs collègues leur accordent au sein de l'équipe semble donc primordiale. Pour s'impliquer, il faut être reconnu, respecté pour ce que l'on fait, comprendre et être compris. Les notions d'identité et de reconnaissance professionnelles sont présentées comme étant des facteurs d'engagement, de motivation et d'implication au travail. Selon Anne-Marie ARBORIO, la part invisible du travail aide-soignant (« l'invisibilité du care »), ainsi que la notion de « sale boulot » correspondant aux tâches déléguées par les IDE, seraient responsables du sentiment de manque de reconnaissance ressenti par les aides-soignantes.

Dans mes premières lectures, la notion de « sens » donné au travail revient aussi régulièrement et est très souvent associée à la reconnaissance, la motivation et l'implication au travail. En effet, un individu, pour se réaliser professionnellement et personnellement, doit pouvoir donner du sens aux tâches qu'il accomplit.

En parallèle de mes premières lectures, je décide de tester ma question de départ en réalisant deux entretiens exploratoires.

Je réalise donc un premier entretien auprès d'une cadre de santé responsable d'une unité de soins. La cadre constate un manque de participation des aides-soignantes de son service. Elles ne participent que très peu aux réunions, aux groupes de travail proposés. Les aides-soignantes de son unité travaillent entre elles. Il n'y a pas de binôme infirmière/Aide-soignante. Elle me rapporte également un manque de traçabilité de la part des aides-soignantes dans le dossier de soins du patient et ajoute que cela pose régulièrement des problèmes lorsqu'elle doit répondre à des réclamations de patients ou de familles de patients, ces réclamations portant essentiellement sur les soins d'hygiène, de confort et sur la perte de prothèses auditives ou dentaires.

⁸ NIGEON A., « Les facteurs d'implication et de satisfaction au travail chez les aides-soignantes en gériatrie ». Soins Aides-Soignantes n°7 – Décembre 2005 p.28-29

Je réalise ensuite mon deuxième entretien auprès d'une autre cadre de santé, responsable elle aussi d'une unité de soins.

Dans ce service, la cadre de santé ne me rapporte pas de manque de participation évident de la part des aides-soignantes de son unité. Elle m'explique que de par leur mission d'aide et de suppléance dans les gestes de la vie quotidienne auprès des patients, les aides-soignantes occupent une place particulière dans les services de rééducation. Elles travaillent en étroite collaboration avec l'ensemble du personnel du service. Tout comme les infirmières, les aides-soignantes de son unité sont référentes d'un certain nombre de patients. Cette organisation leur permet de suivre l'avancée du projet de soins du patient. Les aides-soignantes participent activement à ce projet qui est formalisé et qui, selon la cadre de santé, permet de donner du sens au travail quotidien des soignants de son unité. Elles assistent aux staffs et exposent leurs points de vue. Elles participent également à la visite du médecin rééducateur qui est amené régulièrement à solliciter les aides-soignantes pour faire le point sur les progrès ou les problèmes rencontrés par les patients.

L'analyse de ces deux entretiens ainsi que les lectures exploratoires effectuées m'amènent donc à me questionner sur la différence entre ces deux services. Un premier service où les aides-soignantes travaillent seules, de leur côté, où les membres de l'équipe pluridisciplinaire ne les sollicitent que très peu. Un deuxième service où les aides-soignantes ont une place très importante dans l'équipe, où il existe une réelle collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge du patient. D'un côté un service sans réelle notion de collaboration au sein de l'équipe et un manque de participation de la part des aides-soignantes. De l'autre, un service où les aides-soignantes ont une place identifiée et importante au sein de l'équipe pluridisciplinaire et des agents fortement impliqués dans le projet de soins du patient qui est formalisé et clairement identifié par le cadre de santé comme étant source de motivation et d'implication. Être intégré dans la réflexion et dans les projets est facteur de motivation et favorise donc la participation.

J'effectue donc quelques lectures sur la notion de projet et son lien avec celle de reconnaissance, de valorisation et de participation. Selon Jean-Pierre BOUTINET⁹, le projet permet de donner du sens à l'action. Il serait donc facteur de valorisation, de motivation et favoriserait donc l'implication.

1.3 L'émergence de ma question de recherche et de mes hypothèses

Les résultats de ma phase exploratoire m'ont aidé à préciser certaines notions théoriques par des références empiriques apportées lors de l'analyse des entretiens réalisés. Ces résultats me permettent donc de préciser ma question de recherche qui est la suivante :

En quoi la valorisation de la place des aides-soignantes dans le projet de soins peut-elle favoriser leur reconnaissance et donc leur participation ?

L'objectif de cette étude est de comprendre le positionnement de l'aide-soignant dans une équipe de soins et d'identifier les facteurs influençant sa participation aux activités de soins. Ce travail de recherche me permettra enfin de pouvoir identifier des leviers managériaux pouvant agir sur leur participation.

⁹ BOUTINET J. P., « Anthropologie du projet ». 2^{ème} édition, Presses Universitaires de France, 2012, 464 p.

Au regard de mes recherches exploratoires et de mon expérience, je propose les trois hypothèses suivantes qui me permettront d'orienter mon cadre de référence théoriques :

- ✓ **La reconnaissance du travail de l'aide-soignante favorise sa participation.**
- ✓ **L'organisation des soins mise en place peut être génératrice de sens au travail pour les aides-soignantes et ainsi favoriser leur participation.**
- ✓ **Le projet de soins est un outil permettant de donner du sens au travail et participant au développement d'une dynamique motivationnelle auprès des aides-soignantes.**

2 Quelques apports théoriques : le commencement du travail de recherche

2.1 La profession d'aide-soignant

2.1.1 L'évolution « frileuse » d'un métier récent¹⁰

Le métier d'aide-soignant est un métier récent. Sa création découle de deux phénomènes.

Tout d'abord, c'est l'impératif d'hygiène, nécessaire à l'institution hospitalière, et l'incapacité pour les patients d'assumer seuls leurs besoins élémentaires comme se laver seuls, s'habiller, manger et assurer les gestes de la vie quotidienne qui a donné lieu à la création de la profession d'aide-soignant. En effet, l'émergence de la notion d'hygiène hospitalière¹¹ a contribué à la transformation des missions sanitaires des hôpitaux et leur modernisation. Au départ, ces activités étaient attribuées au personnel hospitalier sans formation particulière. Ceci entraîna donc une charge supplémentaire de travail pour le personnel qui y exerçait.

Par la suite, l'évolution des techniques médicales et à la professionnalisation devenue nécessaire des infirmières a donné lieu à la création du Diplôme d'Etat d'Infirmier en 1946. Désormais, la loi impose aux hôpitaux de recruter des infirmières en possession du diplôme autorisant l'exercice de la profession. La pénurie de personnel menaçant, et la peur de se trouver privés de personnels qui avaient été formés sur le tas mais non diplômés. Leur existence sera donc légitimée par la création de la catégorie « d'aide-soignant » dans les hôpitaux. Cette catégorie créée dans un but premier de reclassement statutaire et de valorisation salariale d'une partie du personnel était au départ provisoire.

C'est le médecin chef de service qui délivrait à l'époque une attestation qui certifiait que la personne avait exercé auprès d'un groupe de patients et les avait pris en charge sur une durée d'au moins un an. Le métier d'aide-soignant a donc été « *créé de toute pièce par l'administration hospitalière en 1949* »¹².

C'est ensuite en 1956, sous la pression des syndicats, que le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignant fut créé. Mais ce n'est qu'en 1960 que l'exercice de la profession fut soumise à l'obligation d'obtention du CAFAS. La formation se déroulait alors sur une période de 10 mois comprenant seulement 40 heures d'enseignement théorique. La profession d'aide-soignant est alors devenue un « véritable » métier.

Dans les années 1970, le rôle propre de l'infirmière est défini officiellement. En 1971, le déroulement de la formation aide-soignante est redéfinie et passe à 12 mois dont 120 heures d'enseignement théorique et 100 heures de pratique. Il est alors précisé dans les textes que l'aide-soignant exerce alors des soins sous l'autorité et la responsabilité de l'infirmier. C'est à ce moment qu'apparaît la notion de délégation des soins de l'infirmier à l'aide-soignant.

¹⁰ ARBORIO A.M. « Un personnel invisible - Les aides-soignantes à l'hôpital ». Paris : 2^{ème} Edition, Economica, 2012

¹¹ HERON M. « L'hygiène hospitalière d'hier à aujourd'hui », Soins Aides-Soignantes n°26, février 2009, p.1

¹² ARBORIO A.M. « Un personnel invisible - Les aides-soignantes à l'hôpital ». Paris : 2^{ème} Edition, Economica, 2012, p.15

C'est également à partir de la fin des années 70 que l'on observe une diversification des lieux d'exercice puisque l'aide-soignant ne travaille plus uniquement dans les hôpitaux où avaient initialement été créé leur statut. En effet, en 1978, les aides-soignants sont autorisés à exercer en psychiatrie. A partir de 1981, le champ d'exercice des aides-soignants s'élargit au secteur extrahospitalier ainsi qu'au maintien à domicile des personnes âgées.

En 1982, la formation est de nouveau modifiée en passant à 350 heures de théorie et 24 semaines de stage. La formation devient alors une véritable formation en alternance. Un décret relatif au statut des aides-soignants paru en 1989¹³, conforte la réelle reconnaissance de la profession qui est alors l'intermédiaire entre l'infirmière et l'agent hospitalier.

Suite à l'arrêté du 22 juillet 1994, modifié dix ans plus tard par l'arrêté du 5 janvier 2004, le programme des études est encore une fois modifié. La formation comprend alors 630 heures de théorie et 27 semaines de stage. Ce programme comporte désormais un tronc commun avec les auxiliaires de puériculture correspondant aux 6 premiers mois de formation. C'est lors de ce nouveau programme qu'il sera précisé que l'aide-soignant se situe au sein d'une équipe, qu'il contribue à la prise en charge des personnes et qu'il participe aux soins dans le cadre du rôle propre de l'infirmière, en collaboration avec elle et sous sa responsabilité. C'est alors le début de la reconnaissance des compétences propres aux aides-soignants qui se dessine.

C'est en janvier 1996, que paraît une circulaire relative au rôle et aux missions de l'aide-soignant. Il s'agit du premier texte officiel ayant attiré à la profession. Le 12 août de la même année, un décret modifie le CAFAS qui devient alors le DPAS (Diplôme Professionnel d'Aide-soignant).

Le décret du 22 octobre 2005, modifiant une nouvelle fois l'organisation générale de la formation, établit également une définition plus précise de la fonction. Il est alors précisé que l'aide-soignant « *exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci. Dans ce cadre, il réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne...* »¹⁴. Ce nouveau référentiel reconnaît également l'expérience professionnelle par la validation des acquis et de l'expérience (VAE). Émerge alors une polémique relative à la légitimité des professionnels ayant acquis le diplôme sans avoir suivi l'ensemble de la formation. En effet, les aides-soignants expriment un sentiment de non reconnaissance de la valeur de leur diplôme car la VAE donne la possibilité à des personnes non diplômées d'exercer une profession aux compétences spécifiques.

C'est enfin en 2007, que le DPAS devient le DEAS, « diplôme d'Etat d'aide-soignant ».

Dans son ouvrage, A.M. ARBORIO fait le lien entre délégation de certaines tâches relevant du rôle propre des infirmières aux aides-soignantes et la notion de « sale boulot ». La profession d'aide-soignante relevant de la délégation du rôle propre de l'infirmière, il me semble important de me questionner à ce sujet.

✓ En quoi consiste la notion de « sale boulot » ?

¹³ Décret n°89-241 du 18 avril 1989 portant statut particulier des aides-soignants et des agents des services hospitaliers de la fonction publique hospitalière

¹⁴ Arrêté du 22 octobre 2005 – article 1^{er}, relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant

2.1.2 Le « sale boulot »

Everett HUGUES¹⁵ est le premier sociologue à s'être intéressé à la notion de « dirty work » (sale boulot). Son travail sur la notion du « dirty work » est née des interrogations qu'il s'est posé sur la division des tâches dans l'organisation du travail.

Selon HUGUES, dans la division du travail, certaines tâches sont dévolues à certaines personnes plutôt qu'à d'autres, autrement dit à certaines catégories de professionnels. Cette notion est présente dans chaque métier et consiste à déléguer les tâches les moins nobles, celles qui requièrent peu de qualifications. Pour HUGUES, le « dirty work » se définit donc comme correspondant aux « tâches qui se situent en bas de l'échelle des valeurs sociales parmi toutes les tâches à accomplir dans un métier donné, qui sont jugées serviles, fastidieuses voire dégradantes et ne procurent aucun prestige social, exposant ceux qui les réalisent au mépris des autres ».

Dans le milieu hospitalier, cette division des tâches est présente également. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le métier d'aide-soignante est né de l'évolution de celui d'infirmière. Les progrès de la médecine et les avancées technologiques prenant une place plus importante dans le travail de l'infirmière, celle-ci ont dû déléguer les tâches les moins nobles, celles relevant de leur rôle propre, aux aides-soignantes. A ce sujet, HUGUES explique que « le processus de dirty work pourrait expliquer comment en s'anoblissant par incorporation de nouvelles tâches plus prestigieuses et en se détachant des moins prestigieuses, une profession génère des catégories d'emplois moins qualifiés et en bout de chaîne, de l'emploi non qualifié ».

A.M ARBORIO reprend également cette notion de « sale boulot » dans sa description de la profession aide-soignante. Elle explique en effet que le rôle propre de l'infirmière ayant été attribué par délégation à l'aide-soignant, ce métier apparaît donc comme étant le « sous-produit d'un processus de délégation en chaîne¹⁶ ».

L'activité noble, valorisée et reconnue par la société que représente le soin comporte également une part de travail moins réjouissante à l'image beaucoup plus négative : l'exposition et la manipulation du corps et des déjections, le rapport au toucher, l'intrusion dans l'intimité. Selon A.M. ARBORIO, « la stigmatisation de ces tâches ne fait que redoubler la faible valeur du titre d'aide-soignante¹⁷ ».

Selon D. LHUILLIER¹⁸, Professeur de psychologie du travail, les aides-soignantes sont principalement chargées de ce que l'on appelle « les soins d'hygiène et de confort » qui comprennent l'aide à la toilette, les changes, l'aide aux repas, l'entretien et la désinfection de l'environnement du patient. À ce titre, l'auteur explique que les aides-soignantes font partie de l'équipe soignante mais qu'« elles restent en marge du soin ».

A.M. ARBORIO évoque également le fait que le travail des aides-soignantes ne peut être simplement représenté par les tâches accomplies pour les patients. En effet, l'aspect relationnel

¹⁵ HUGUES C. Everett, « L'étude du travail et des métiers », in : « Le regard sociologique, essais choisis », Paris, édition de l'école des hautes études en sciences sociales, 2004, pp. 59-136

¹⁶ ARBORIO A.M. « Un personnel invisible - Les aides-soignantes à l'hôpital ». Paris: 2^{ème} Edition, Economica, 2012, p.119

¹⁷ ARBORIO A.M, Ibid, p. 123

¹⁸ LHUILLIER D., « Le sale boulot », <https://www.cairn.info/revue-travailler-2005-2-page-73.htm>

représente une part importante de leur travail. La proximité et le rapport à l'intimité qu'elles entretiennent avec les patients lors de l'aide à la toilette ou de l'aide au repas font que les aides-soignantes entretiennent une relation particulière avec eux. Selon elle, l'aide-soignant est « détenteur d'un monopole sur les relations affectives avec les malades »¹⁹. Elle souligne également le fait que les aides-soignantes sont très attachées à cet aspect de leur profession qui est source de satisfaction au travail. Les aides-soignantes mettent un point d'honneur à souligner son existence et l'importance de leur place dans la prise en charge relationnel des patients, « les relations affectives avec le malade sont volontiers présentées par les aides-soignantes comme leur monopole »²⁰. Cet aspect du soin relevant du « care » reste cependant peu valorisé car difficilement perceptible et quantifiable.

2.1.3 Les soins relevant du « care », la part invisible du métier d'aide-soignant

La définition de ce qu'est la notion de « care » est importante et permet d'apporter un éclairage supplémentaire sur le travail des aides-soignantes.

Il existe de nombreuses théories du « care » et se décline dans de nombreuses disciplines telles que la sociologie, la philosophie ou l'anthropologie. Cependant, cette notion reste difficile à définir car il n'existe pas de terme équivalent en français. Ce terme, apparu tout d'abord aux Etats unis, est une notion apparentée au « prendre soins » et désigne « d'une part les soins que l'on donne aux autres et d'autre part la sollicitude à autrui »²¹.

Selon Pascale MOLINIER, psychologue française dont les recherches se situent dans le champ de la psychodynamique du travail, prendre soins c'est « produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre »²².

Dans la dimension du travail, Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER²³, respectivement Maître de conférences à l'Université Paris VII-Saint-Denis et Professeure à l'Université Jules-Verne-Picardie, définissent le « care » comme correspondant à « la tâche consistant à prendre soins de soi et des autres quand nous sommes en situation de besoins ». Dans la dimension affective, il s'agit « d'un lien positif, affectif et un investissement dans le bien-être de l'autre ».

Ces différentes théories se rapprochent les unes des autres par la définition de notions clé permettant de donner du sens à la définition du « care » : la notion de **respect** dans le rapport à l'autre, la notion de **responsabilité** dans l'accompagnement en laissant le patient prendre sa place dans les décisions de soin, et enfin **la capacité d'individualisation ou d'adaptation des soins**.

« Prendre soin de l'autre » consiste à produire un travail qui participe à la préservation de la vie et aider la personne dans ses besoins fondamentaux tels que manger, dormir, être propre. Cela contribue à rapprocher cette facette du travail aide-soignant à des tâches domestiques. Au regard de la société, le travail relevant du « care » reste donc souvent peu reconnu et peu valorisé. En effet,

¹⁹ ARBORIO A.M. « Un personnel invisible - Les aides-soignantes à l'hôpital ». Paris: 2^{ème} Edition, Economica, 2012, p.110

²⁰ ARBORIO A.M., Ibid p.110

²¹ HALPERN C., « L'ère du care » Revue Sciences Humaines, 2006

²² MOLINIER P., « Le care : ambivalences et indécences » Revue Sciences Humaines, n°177, décembre 2006

²³ PAPERMAN P., LAUGIER S., « Le soucis des autres. Ethique et politique du care », Paris : Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2006

l'opinion publique aurait tendance à considérer que celui-ci ne demande pas de connaissances ni de compétences spécifiques, ce qui contribue au manque de reconnaissance du « care ». Pourtant, P. MOLINIER dit que « *le care n'est pas enraciné dans la nature humaine, il ne se déclenche pas instinctivement au contact du désarroi et de la dépendance d'autrui, le care est le produit d'un effort collectif, d'une culture de soins* »²⁴. Le prendre soins relève donc d'un réel travail d'équipe et fait appel à des compétences spécifiques des professionnels du soin.

Le manque de reconnaissance du « care » s'explique également par le fait qu'il soit caractérisé par son invisibilité. Le « care » est constitué de savoirs faire « discrets » et qui, pour faire preuve d'efficacité, ne doivent pas attirer l'attention. Toutes ces activités, bien qu'essentielles pour les patients, passent inaperçues. A ce titre, P. MOLINIER souligne le fait que ce travail invisible ne se remarque que lorsque celui-ci n'est pas fait ou que la mission s'y rattachant ne se conclue pas par un succès. De plus, l'efficacité du « care » le rendant invisible, celui-ci en devient donc difficilement évaluable et quantifiable.

Le travail du « care » n'est donc remarqué ou identifié qu'en cas d'échec de celui-ci. Cette caractéristique du « prendre soin » devient alors source de malaise pour les aides-soignantes et contribue à leur sentiment de dévalorisation ainsi qu'à leur fort besoin de reconnaissance.

✓ **Qu'est-ce que la reconnaissance, comment cette notion s'applique-t-elle au travail ?**

2.2 Du concept de reconnaissance à la reconnaissance au travail

2.2.1 Le concept de reconnaissance

Le terme de reconnaissance est un concept difficile à définir car sa définition présente différentes facettes et différentes valeurs.

Au sens étymologique du terme, le mot reconnaissance vient du latin « *recognoscere* », qui signifie « retrouver », « rappeler à sa mémoire ». Selon N. PEOCH²⁵, Docteur en Science de l'éducation et Cadre supérieure de santé, la reconnaissance est un acte psychologique qui « *consiste soit à se remémorer quelque chose, soit à exprimer un sentiment ou une attitude à l'égard de quelqu'un* ».

En psychologie, la reconnaissance est une « *Forme, fonction de la mémoire par laquelle le sujet pensant identifie l'objet d'une représentation actuelle à un objet antérieurement perçu* »²⁶. Il s'agit donc de l'identification d'un objet ou d'une personne en regard de nos représentations.

La reconnaissance est également définie comme étant un « *Sentiment qui incline à se souvenir d'un bienfait reçu et à le récompenser* »²⁷. Cette définition se rapporte donc à la notion de sentiment de gratitude.

²⁴ MOLINIER P., « le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoirs faire discrets ». In : PAPERMAN P., LAUGIER S., « Le souci des autres. Ethique et politique du care », Paris : Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2006, p. 299-316

²⁵ PEOCH N., « De la reconnaissance dans la construction de l'identité des professionnels de santé », Soins Cadres n°102, mai 2017, p.19-21

²⁶ www.cnrtl.fr

²⁷ www.cnrtl.fr

Selon N. PEOCH²⁸, la reconnaissance est un concept ancien qui a été exploré par le philosophe G. W. F. HEGEL au début du 19^{ème} siècle. Le philosophe a exploré la conception de la reconnaissance sous deux dimensions qui sont « *la relation à soi et la relation à l'autre dans l'échange* ». Selon HEGEL, il existe trois formes de reconnaissance : **l'amour, le droit, et l'éthicité**. **L'amour** correspond à la reconnaissance de la personne par le soin et l'amour. **Le droit** correspond à la reconnaissance des droits par l'attribution et le respect des droits de l'individu. Et enfin **l'éthicité** qui est la Reconnaissance mutuelle dans la sphère étatique des capacités de l'individu par la société.

C'est ensuite A. HONNETH²⁹, philosophe, qui reprendra ses travaux en 1992. Il distingue trois modes de reconnaissance : la **reconnaissance affective**, la **reconnaissance juridique** et la **reconnaissance culturelle**.

La **reconnaissance affective** concerne la sphère de l'intime. Selon HONNETH, elle est liée aux rapports aux autres au niveau familial, amical ou amoureux. Elle conditionne le rapport à soi et permet la prise de conscience de notre existence en tant qu'être de désirs et de besoins. C'est le vecteur de la confiance en soi.

La **reconnaissance juridique** est liée à la « *garantie des droits fondamentaux entre les hommes* »³⁰ donc les droits et devoirs qui lient les hommes entre eux. Cette forme de reconnaissance va favoriser le développement de la notion de respect de soi et d'autrui.

Pour finir, la **reconnaissance culturelle** repose sur les caractéristiques propres à chaque individu en tenant compte de sa culture, et de ses valeurs. Il s'agit de la contribution sociale de l'individu dans un environnement commun, autrement dit les valeurs sociales qui unissent les individus. Cette forme de reconnaissance favorisera le développement de l'estime de soi.

Le concept de reconnaissance a également été abordé par le philosophe Paul RICOEUR en 2004, dans un ouvrage intitulé « *Parcours de la reconnaissance* ». Selon lui, la reconnaissance doit commencer par la reconnaissance de soi-même. N. PEOCH explique que pour RICOEUR, la reconnaissance est divisée en deux niveaux³¹ : le **niveau passif** et le **niveau actif**. Elle explique que le **niveau passif** « *correspond à la demande du sujet d'être reconnu* » et le **niveau actif** est le « *fait de reconnaître l'autre* ».

En conclusion, le concept de reconnaissance a été défini sous différentes formes mais toutes s'accordent à dire qu'elle est un facteur de construction de l'individu et de la construction de la relation à l'autre. Il est donc aisé de faire le lien entre la construction de l'individu en tant que professionnel et la notion de reconnaissance au travail.

2.2.2 La reconnaissance au travail

La reconnaissance au travail est devenue une préoccupation majeure dans notre société et a été l'objet de nombreux travaux scientifiques. En effet, certains auteurs mettent en avant le caractère

²⁸ PEOCH N., « De la reconnaissance dans la construction de l'identité des professionnels de santé », Soins Cadres n°102, mai 2017, p.19-21

²⁹ HONNETH A., « Modèles de reconnaissance intersubjective. Amour, droit, solidarité », in : « La lutte pour la reconnaissance, traduit de l'Allemand par Pierre Rusch, Passages », Paris : Les éditions du cerf, pp. 113-160.

³⁰ PEOCH N., Ibid.

³¹ PEOCH N., Ibid.

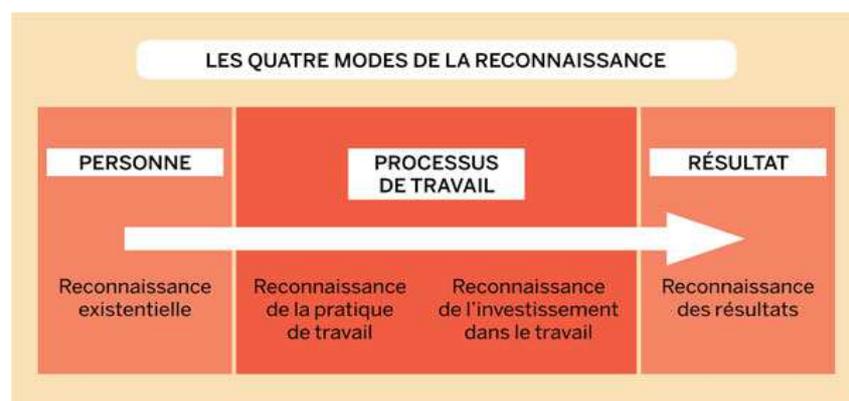
essentiel de la reconnaissance au travail. Pour J-P. BRUN et N. DUGAS³², respectivement Directeur de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (Québec) et Docteur en science de l'orientation, la plupart des employés expriment le besoin d'être reconnu non seulement par la hiérarchie, mais également par leurs collègues et leurs clients. Ils ajoutent également que le phénomène d'intensification de besoins de reconnaissance au travail peut être expliqué par des phénomènes sociaux et organisationnels.

Selon BRUN et DUGAS, le développement de l'individualisme entraîne une montée de la revendication d'autonomie et de singularité des individus dans tous les domaines (vie familiale, vie professionnelle, éducation, ...) et appelle à une reconnaissance subjective. De plus, ils expliquent que depuis peu, le travail « *occupe le deuxième rang, après la famille, comme valeur et sphère de vie prioritaires* »³³. Le besoin de reconnaissance au travail est donc accentué car le champ professionnel intervient dans la quête identitaire et le besoin de réalisation personnelle des individus.

Le monde du travail est également soumis à de nombreux changements qui ne génèrent pas que des effets positifs. BRUN et DUGAS expliquent que « *le caractère imprévisible des transformations et la menace de la perte d'emploi* » seraient responsables de l'accroissement du sentiment d'insécurité chez les travailleurs. De plus, ces changements « *remettent justement en question la valeur de l'individu et de ses réalisations, et révisent le sens de sa contribution au cœur des entreprises* ». Certaines organisations prennent donc en considération la notion de reconnaissance au travail afin de retisser des liens avec leurs employés. Ils ont pour objectif de faciliter l'intégration de ces changements en favorisant la participation des employés aux processus décisionnel, en encourageant le travail en équipe et en favorisant le développement des compétences en encourageant la formation. Les organisations « *incluent d'ores et déjà la notion de reconnaissance au travail, puisqu'il s'agit de reconnaître l'apport des personnes à l'organisation ainsi que leurs besoins en matière de formation et de perfectionnement* »³⁴.

Dans leurs travaux, J-P. BRUN et DUGAS mettent en évidence quatre pratiques de la reconnaissance au travail : la **reconnaissance existentielle**, la **pratique de travail**, **l'investissement dans le travail** et la **reconnaissance des résultats**.

Selon les auteurs, ces quatre pratiques vont satisfaire plusieurs besoins : « *les besoins d'être reconnus comme individus à part entière et d'être appréciés en tant que travailleurs aptes à s'engager dans le travail, à y consentir des efforts, à accomplir leurs tâches de manière compétente et à produire des résultats concrets* ».³⁵



³² BRUN J-P. et DUGAS N., « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens », Gestion, Vol.30, février 2005, pp. 79-88

³³ BRUN J-P. et DUGAS N., Ibid. p. 80

³⁴ BRUN J-P. et DUGAS N., Ibid.

³⁵ BRUN J-P. et DUGAS N., « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens », Gestion, Vol.30, février 2005, pp. 79-88

La **reconnaissance existentielle** porte sur la personne et non sur l'employé. Elle s'attache à valoriser l'importance de la personne dans l'organisation. Pour la **reconnaissance des résultats**, les agissements de l'employé sont conditionnés par ces derniers qui deviennent le moteur de l'individu au travail. La reconnaissance des résultats est alors considérée comme une récompense. La **reconnaissance de l'investissement** suppose que « *les résultats ne sont pas proportionnels aux efforts fournis* »³⁶. La **reconnaissance de la pratique** s'intéresse enfin à la manière dont le travail est exécuté. Il ne s'agit cependant pas de valoriser uniquement le travail bien fait mais également de « *valoriser les dimensions cachées du travail comme la créativité, l'innovation ou l'autonomie* »³⁷. La reconnaissance au travail commence donc par la reconnaissance de la personne, puis celle de la pratique et de l'investissement au travail, et enfin celle des résultats.

Il existe différentes approches de la reconnaissance au travail : **la perspective éthique, la conception humaniste et existentielle, l'approche comportementaliste et l'école de la psychodynamique du travail.**

Selon **la perspective éthique**, la reconnaissance au travail s'attache à la dignité humaine et à la notion de justice sociale. Elle s'intéresse à l'humain en tant que tel et non pas à l'humain en tant que « moyen ». **La conception humaniste** est très proche de la perspective éthique. Elle porte sur la reconnaissance de la personne, son existence, son caractère unique. Cette conception de la reconnaissance repose sur la confiance en l'humain et les potentiels individuels et collectifs. **L'approche comportementaliste** considère que le comportement de l'individu est conditionné par les conséquences de ses actes. Elle s'inscrit dans une logique de contribution-rétribution.

L'approche de la reconnaissance par la psychodynamique du travail s'intéresse au vécu subjectif de la personne, à la reconnaissance de son investissement au travail, son implication. Elle porte sur la contribution parfois invisible des individus, au fonctionnement de l'organisation. Mon étude portant sur le besoin de reconnaissance des aides-soignantes rendu difficile par la notion d'invisibilité de leur travail, je m'attacherai donc à développer davantage cette conception

- ✓ **Quelles sont alors les particularités de l'approche de la reconnaissance selon l'école de la psychodynamique du travail ?**

2.2.3 La reconnaissance selon l'école de la psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail s'attache au rapport entre travail et santé mentale.

Pour C. DEJOURS, psychiatre et professeur au CNAM, « *le travail c'est ce qu'implique, du point de vue humain, le fait de travailler : des gestes, des savoir-faire, un engagement du corps, la mobilisation de l'intelligence, la capacité de réfléchir, d'interpréter et de réagir à des situations, c'est le pouvoir de sentir, de penser et d'inventer* »³⁸. Selon lui, le travail ne correspond pas en premier lieu à l'emploi ou le rapport salarial mais plutôt le « travailler », qui correspond à « *l'engagement de la personnalité pour faire face à une tâche encadrée par des contraintes* ». Il souligne également le caractère imprévisible du travail qui rend impossible l'atteinte de la qualité en respectant scrupuleusement le cadre et les contraintes. Il existe alors un décalage

³⁶ DIEZ R. et CARTON P., « De la reconnaissance à la motivation au travail », L'Expansion Management Review, n°150, mars 2013, pp. 104-112

³⁷ DIEZ R. et CARTON P., Ibid.

³⁸ DEJOURS C., « Subjectivité, travail et action », mai 2001

en travail réel et travail prescrit. Travailler correspond alors à un ajustement permanent de la part de l'individu pour permettre de combler l'écart entre travail réel et prescrit. Cependant, la réalité du travail se fait toujours connaître par les échecs qui font surgir chez l'individu un sentiment d'impuissance, de déception, de colère et d'impuissance. C. DEJOURS explique donc que la psychodynamique du travail repose sur les liens entre travail, souffrance et reconnaissance.

Selon l'approche par la psychodynamique du travail³⁹, la reconnaissance représente une rétribution attendue par le sujet qui se situe principalement dans le registre du symbolique et qui s'intéresse au vécu subjectif des individus ainsi qu'aux stratégies individuelles et collectives de défense. La reconnaissance se décline ici en deux dimensions : la reconnaissance du travail réel et la dimension du jugement porté sur le travail accompli prenant la forme de gratitude.

Pour C. DEJOURS, le jugement du travail s'exprime selon deux formes : le **jugement d'utilité** et le **jugement de beauté**.

Le **jugement d'utilité** porte sur la reconnaissance de l'utilité du travail et donc de son utilité sociale. Ce jugement est principalement porté par la hiérarchie, l'encadrement, envers les employés. « Le jugement d'utilité est émis *« par le personnel d'encadrement, les clients ou les subordonnés et porte sur l'utilité sociale, économique et technique du travail de l'employé »*⁴⁰. De plus, la reconnaissance va alors contribuer à la construction du sens du travail.

Le deuxième jugement du travail est celui du **jugement de beauté**. Il porte sur la qualité du travail. Ce jugement est porté par les pairs et se décline en deux niveaux : le jugement de conformité et le jugement d'originalité.

Le premier niveau du jugement de beauté va porter sur la conformité du travail avec les normes dictées par un groupe d'appartenance, un collectif de travail. Il témoigne de *« la conformité du travail avec les règles de l'art »*⁴¹. Si l'individu respecte la conformité du travail selon les « règles de l'art », alors celui-ci sera reconnu par ses pairs comme appartenant au groupe professionnel.

Le second niveau du jugement de beauté porte sur l'originalité du travail. Il va concerner la dimension d'originalité du travail fourni et va donc permettre à l'individu de juger de l'originalité de son travail par rapport à celui d'autrui. Il permettra donc à l'individu de constater que nul n'est semblable et donc lui permettre d'exprimer ce qui le différencie de ses collègues tout en appartenant toujours au même groupe professionnel. *« On y reconnaît sa façon particulière de travailler, son style (Clot, 1999), les qualités qui le distinguent des autres (originalité, élégance, ingéniosité, rigueur), de telle sorte qu'il se sent dès lors reconnu dans son unicité sur le plan de la pratique professionnelle »*⁴².

En conclusion de cette partie, le besoin de reconnaissance est un besoin éprouvé par une grande partie des professionnels, quel que soit leur statut ou leur domaine professionnel. De plus, j'ai pu identifier que la reconnaissance au travail est un élément essentiel dans le processus de construction

³⁹ BRUN J-P. et DUGAS N., « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens », Gestion, Vol.30, février 2005, pp. 79-88

⁴⁰ DEJOURS C., « De la reconnaissance à l'estime de soi -La reconnaissance au travail », n° 131, octobre 2002

⁴¹ GERNET I. et DEJOURS C., « Evaluation du travail et reconnaissance », Nouvelle revue de psychosociologie, n°8, février 2009, pp. 27-36

⁴² BRUN J-P. et DUGAS N., « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens », Gestion, Vol.30, février 2005, pp. 79-88

identitaire des individus, et va permettre de donner un sens à leur travail. Elle va également favoriser leur développement et agir favorablement sur leur santé et leur bien-être.

Dans un article, L. VERBEKE⁴³ fait référence à un travail de recherche réalisé par deux chargés de mission de l'Anact. Ce travail met en avant les situations à favoriser pour l'amélioration des conditions de travail. Ces situations seront celles permettant de mobiliser les compétences des individus et d'agir sur la reconnaissance. Elles porteront sur trois axes : la responsabilisation, permettre l'innovation et construire du sens. Une nouvelle question me vient alors à l'esprit.

- ✓ **Qu'elle est la signification du concept de sens, comment se traduit-il dans le monde du travail ?**

2.3 Le sens au travail

2.3.1 Une définition à sens multiples

Le « sens » est un concept difficile à définir car le mot lui-même possède plusieurs significations. Selon le dictionnaire Larousse⁴⁴, le mot sens a plusieurs définitions :

- ✓ *« Chacune des fonctions psychophysiologiques par lesquelles un organisme reçoit des informations sur certains éléments du milieu extérieur, de nature physique (vue, audition, sensibilité à la pesanteur, toucher) ou chimique (goût, odorat)*
- ✓ *Aptitude à connaître, à apprécier quelque chose de façon immédiate et intuitive : Avoir le sens des nuances*
- ✓ *Ce que quelque chose signifie, ensemble d'idées que représente un signe, un symbole : Le sens d'une allégorie*
- ✓ *Ce que représente un mot, objet ou état auquel il réfère : Chercher le sens d'un mot dans le dictionnaire*
- ✓ *Raison d'être, valeur, finalité de quelque chose, ce qui le justifie et l'explique : Donner un sens à son existence. »*

Le mot « sens » a deux racines. Selon P. RODET et Y. DESJACQUES⁴⁵, la première est dérivée du latin « sensus », qui signifie la faculté d'éprouver des impressions, de connaître, voire de juger. Le mot « sens » renvoie également dans ce cas à l'idée ou l'image que représente un signe, une expérience. La deuxième racine du mot « sens », « sumo », est germanique. Elle signifie la direction, l'orientation que prend quelque chose.

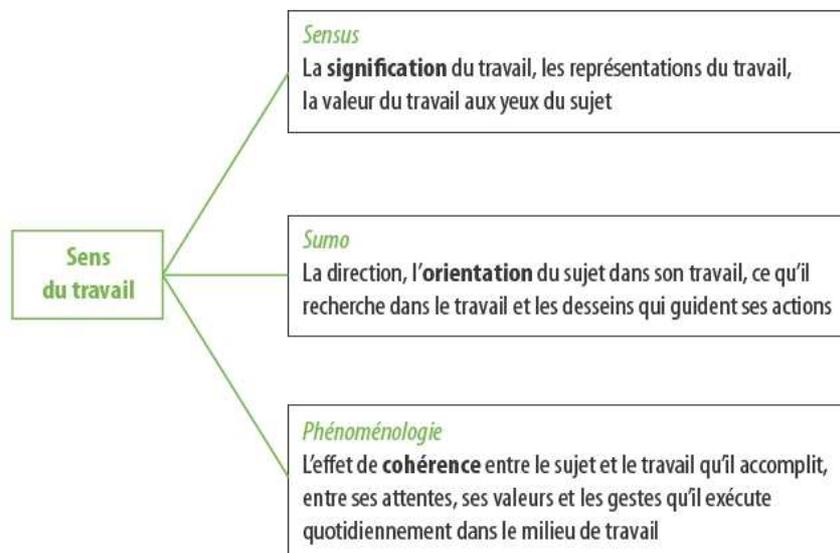
Pour RODET et DESJACQUES, la définition du mot « sens » dans le domaine de la psychologie se rapporte à l'expérience de cohérence, de cohésion, d'équilibre, voire de plénitude. Les auteurs citent V. FRANKL qui dit que « *le sens est aussi associé à la raison d'être et de vivre, à la vocation* ». Ils citent ensuite I. D. YALOM, écrivain et psychiatre, qui définit le sens en se référant à la cohérence. Selon YALOM, « *la quête de sens implique une recherche de cohérence* ».

⁴³ VERBEKE L., « La reconnaissance au service de l'efficacité des soins », Soins cadres, n°87, août 2013, pp. 33-35

⁴⁴ www.larousse.fr

⁴⁵ RODET P. et DESJACQUES Y., « Le management bienveillant », Paris, Editions Eyrolles, 2017, p.31

En analysant ces différentes définitions et approches, E. MORIN et J. FOREST⁴⁶, Professeurs à HEC Montréal dégagent trois définitions du sens rattaché à la notion du travail qu'ils schématisent ainsi :



Premièrement, selon les auteurs, le sens du travail peut être défini comme étant la « **signification** » que les individus donnent à leur travail, les représentations qu'ils ont de leur travail et la valeur qu'ils lui attribuent. Selon cette définition, le sens au travail peut être influencé par différents paramètres : situation familiale, environnement socioéconomique, normes sociétales envers le travail. Ces différents paramètres interagissent en eux et amènent « *chaque individu à avancer une définition personnelle et significative de ce que représente le travail pour lui* »⁴⁷.

Dans un second temps, le sens du travail peut être défini comme « **l'orientation** » du sujet dans son travail, ce que l'individu recherche dans son travail et les buts ou intentions qui guident son action. Plusieurs chercheurs ont ainsi dégagé trois visions différentes du travail : l'emploi, la carrière et la vocation. « *Ces différentes façons de voir le travail ont en retour différentes conséquences sur le vécu quotidien des travailleurs* »⁴⁸.

Enfin, le sens du travail peut être défini comme se rapportant à la « **cohérence** » entre l'individu et le travail qu'il exécute. On y retrouve la notion d'harmonie, d'équilibre dans la relation qu'entretient l'individu avec son travail. Il y a en effet cohérence entre ce qu'il recherche dans son travail et ce qu'il accomplit réellement. Cet effet de cohérence va alors favoriser « *un sentiment de sécurité psychologique et de sérénité qui l'aidera à faire face aux épreuves que comporte inévitablement l'exercice même de ses fonctions* »⁴⁹.

La notion de « sens » est donc relativement ancienne dans le domaine philosophique ou psychologique, mais n'a finalement été utilisée dans le monde du travail plus tardivement.

⁴⁶ MORIN E. M. et FOREST J., « Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail », Gestion, Vol.32, février 2007, pp. 31-36

⁴⁷ MORIN E. M. et FOREST J., Ibid.

⁴⁸ MORIN E. M. Et FOREST J., Ibid.

⁴⁹ MORIN E. M. et FOREST J., « Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail », Gestion, Vol.32, février 2007, pp. 31-36

✓ **Comment peut-on traduire la notion de sens dans le domaine du management ?**

2.3.2 Première approche du sens dans le management : le « sensemaking »

Le sens au travail est un besoin de l'individu qui va conditionner son vécu au travail. Il devient alors une réelle préoccupation managériale.

Un auteur et psychosociologue, K.E. WEICK fut le premier à traduire ce besoin de sens dans le domaine de management, à savoir la théorie du « Sensemaking ».

D. AUTISSIER reprend dans un ouvrage les travaux de K.E WEICK et explique que le sens se construit pendant l'action. De plus, il ajoute que le sens au travail résulte d'une dynamique collective où les individus interagissent entre eux. *« C'est au cours de ces échanges qu'il réalise ses actions et construit du sens »*⁵⁰. Les échanges, les interactions permettent alors à l'individu d'expérimenter dans l'action et de créer du sens. Le sens favorisera alors son engagement. Le « sensemaking » est donc le processus par lequel les individus donnent du sens à une expérience.

Selon la théorie du « sensemaking », le manager doit alors apporter un environnement de travail propice à ces interactions créatrices de sens. K.E. WEICK identifie alors trois sources de sens au travail : **la culture, la stratégie et la structure**⁵¹.

La culture correspond aux valeurs de l'institutions auxquelles l'individu adhère et qu'il partage. Il s'agit alors de véritables repères pour lui.

La stratégie correspond à un discours qui va apporter une certaine visibilité sur le chemin permettant d'atteindre des objectifs fixés ainsi que les « clés pour les accomplir et l'engagement nécessaire ».

La structure est le cadre qui va valider codifier les rôles, les règles, les procédures. Elle correspond également à la capacité de permettre les interactions créatrices de sens.

Ce modèle théorique a été mis au point dans les années 80, or le monde du travail étant en constante évolution, ce dernier a bien changé depuis.

✓ **Quelles sont alors les caractéristiques d'un travail qui a du sens à l'heure des évolutions technologiques et sociologiques.**

⁵⁰ AUTISSIER D. et WACHEUX F., « Manager par le sens, les clés de l'implication au travail », Paris, Editions Eyrolles, 2007, p. 21

⁵¹ AUTISSIER D. et WACHEUX F., Ibid., p. 23

2.3.3 Caractéristiques d'un travail qui a du sens dans les années 2000

Une étude financée par l'IRSSST, menée par des chercheurs Québécois depuis 1997, a permis de mieux déterminer les caractéristiques d'un travail qui a du sens. Six caractéristiques sont donc ressorties de cette étude dirigée par E. MORIN⁵².

E. MORIN présente les six caractéristiques ainsi :

Utilité du travail	Faire quelque chose qui est utile aux autres ou à la société, qui apporte une contribution à la société
Rectitude morale	Faire un travail moralement justifiable, autant dans son accomplissement que dans les résultats qu'il engendre : un travail qui se fait dans un milieu qui valorise la justice et l'équité, qui témoigne de la considération pour la dignité humaine, où il est possible de compter sur l'aide de collègues en cas de difficultés
Apprentissage et développement	Faire un travail qui permet de développer ses compétences, de se perfectionner et de s'épanouir
Autonomie	Pouvoir exercer ses compétences et son jugement pour résoudre des problèmes et prendre des décisions qui concernent son travail
Qualité des relations	Faire un travail qui permet d'avoir de bonnes relations avec ses collègues et d'obtenir leur soutien
Reconnaissance	Avoir le respect et l'estime de ses supérieurs et de ses collègues et être satisfait du soutien, du salaire et des perspectives de promotion

Source : Morin et Forest (2007).

Utilité du travail : un travail n'a de sens que s'il est jugé utile pour la société. L'importance est alors portée sur le fait de faire quelque chose qui contribue ou qui serve au bien de la société.

La rectitude morale : un travail qui a du sens est un travail qui est jugé moralement acceptable. Il doit alors respecter les valeurs humaines, la justice et l'équité.

L'apprentissage et le développement : il s'agit dans ce cas de pouvoir faire un travail permettant de se réaliser, d'apprendre et de développer ses compétences. Le travail doit offrir des occasions d'apprendre et de développer ses compétences.

L'autonomie : un travail qui a du sens doit permettre aux individus de prendre part aux décisions qui les concernent. Il doit également laisser place à une certaine part de créativité dans la résolution de problème et permettre d'exercer son propre jugement.

La qualité des relations : un travail qui a du sens doit permettre d'avoir des bonnes relations avec les autres, pouvoir s'entraider lorsqu'on a des difficultés, pouvoir compter sur le soutien de ses collègues et de son supérieur

La reconnaissance : un travail qui a du sens doit permettre d'avoir de la reconnaissance pour le travail accompli, pour les résultats produits, pour ses compétences.

Dans son étude, E. MORIN suggère que le sens du travail a une influence positive sur le bien-être psychologique et sur l'engagement affectif des salariés. Selon elle, le fait de donner du sens au travail

⁵² MORIN E. M. et FOREST J., « Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail », Gestion, Vol.32, février 2007, pp. 31-36

aurait des effets positifs sur l'organisation. Les employés qui considèrent que leur travail a du sens seraient plus assidus et engagés dans leur travail. Ils prendraient également davantage de responsabilité et auraient tendance à vouloir se perfectionner pour mieux accomplir leur travail.

Malgré cette nécessité incontestable du sens au travail, il semblerait que celui-ci devienne de plus en plus rare. De plus, le concept de sens au travail est souvent regardé sous l'angle inverse, c'est-à-dire la perte de sens (R. FENDER, Y. MANGEMATIN, J. HUSSON, D. GEORGE et A. ALBRECHT)⁵³. La perte de sens entraînerait alors de l'insatisfaction au travail, du stress, de la démotivation. Selon ces mêmes auteurs, l'hôpital, soumis à de profondes modifications, ne serait pas épargné. En effet, leurs observations les ont conduits à affirmer que les professionnels des hôpitaux souffraient très souvent de perte de sens au travail.

✓ Quelles sont alors les causes de la raréfaction et de la perte de sens au travail ?

2.3.4 La raréfaction du sens au travail et la perte de sens

Selon E. MORIN, un travail qui n'a pas de sens devient un travail absurde. Le travail est alors susceptible de menacer le bien être psychologique d'un individu, entraînant « *un sentiment d'aliénation caractérisé par un état de vide, d'apathie et d'ennui, ainsi qu'un sentiment d'inauthenticité, de dissonance émotionnelle et d'impuissance...il est important que le travail et le milieu de travail aient un sens pour eux* »⁵⁴.

Pour RODET et DESJACQUES, les raisons de la raréfaction du sens au travail sont multiples. Ils évoquent en premier lieu le rôle des autres. En effet, on ne prendrait pas suffisamment le temps de se questionner, de réfléchir sur le sens de ce que fait l'autre. De plus, quel que soit le travail accompli, on ne montrerait pas assez en quoi la contribution d'une personne constitue un élément de réussite globale.

Dans un second temps, le fractionnement des missions, la division des tâches seraient également des éléments qui fragiliseraient le sens du travail. Plus l'activité est fractionnée, plus les individus seront tentés de ne voir que le travail qu'ils auront accompli et non pas la globalité de celui-ci.

Selon AUTISSIER et WACHEUX, la perte de sens constitue un risque majeur. La perte de sens se manifeste à la fois dans les situations de travail, mais également dans les relations interpersonnelles. Il aura pour conséquence la survenue d'une incompréhension des raisons pour lesquelles les travailleurs agissent au quotidien entraînant un désengagement de leur part.

⁵³ FENDER R., MANGEMATIN Y., J. HUSSON, GEORGE D. et ALBRECHT A., « Redonner du sens au travail : Essai de modélisation de la reconnaissance au travail », *Projectics / Proyéctica / Projectique*, n°8-9, février-mars 2011, pp. 51-65

⁵⁴ Etude IRSST, E. MORIN, citée par RODET P. et DESJACQUES Y., « Le management bienveillant », Paris, Editions Eyrolles, 2017, p. 34

Les auteurs expliquent également que la perte de sens correspond à une perte de référence à l'un des quatre mondes de la création de sens qui sont les suivant⁵⁵ :

Les quatre univers de la création de sens	
1- La contribution / participation à un projet : réalisation de projets individuels et collectifs (réalisation d'un avenir)	2- La solidarité et la coopération dans le groupe : plaisir d'être ensemble dans le groupe social proche.
3- La professionnalisation et le métier : avoir une identité professionnelle, se doter de compétences reconnues.	4- Le sentiment d'appartenance à l'entreprise : intégration à une communauté dont on partage les valeurs.

La perte de sens se situe également dans l'écart entre le soin idéalisé par les soignants et celui qui est effectivement réalisé. Celui-ci s'éloigne alors des valeurs professionnelles qui donnent sens au travail accompli.

B. ROUSSELY, cadre supérieur de santé, évoque dans son article la perte de sens vécue par une aide-soignante d'un service de soins à domicile⁵⁶. La professionnelle « *déplore le nombre de patients pris en charge* », devenant certainement de plus en plus important. Elle regrette que ce nombre de patient ait un impact sur la qualité de prise en charge de chacun d'entre eux. En effet, les temps d'échanges se font de plus en plus courts et rares. L'aide-soignante se retrouve alors confrontée à un écart entre sa conception du soin (soin idéalisé) et celui qu'elle peut effectivement réaliser.

J.F. POPIELSKI, Directeur des soins, explique lui aussi que, dans le monde hospitalier, les soignants expriment de plus en plus souvent une perte de sens du soin⁵⁷. Cette perte de sens est en lien avec les multiples changements que subissent les structures sanitaires. Les soignants sont alors en perpétuelle recherche de sens. Il ajoute également que le cadre de santé aura alors pour mission de « *redonner du sens au travail s'il veut fédérer les soignants autour du projet de soins centré sur le patient* ».

Il apparaît également que le projet et le sens serait en lien et « *qu'ils s'appellent l'un l'autre* » (BOUTINET). En effet, travailler sur un projet revient à se questionner sur ses objectifs, sa pertinence et donc sur son sens. BOUTINET ajoute par ailleurs qu'une personne qui n'arrive pas à donner du sens à un projet, finira par l'abandonner puisqu'il estimera que ce projet n'est pas légitime donc non pertinent.

Comme nous l'avons vu dans cette partie, le projet est donc un outil « créateur de sens ». Cela m'amène donc à me questionner sur un autre concept :

- ✓ **Qu'est-ce qu'un projet, quelles sont les particularités du projet et plus particulièrement du projet de soins ?**

⁵⁵ AUTISSIER D. et WACHEUX F., « Manager par le sens, les clés de l'implication au travail », Paris, Editions Eyrolles, 2007, p. 26

⁵⁶ ROUSSELY B., « Analyse de pratiques et sens au travail », Soins cadres, n°87, aout 2013, p. 37

⁵⁷ POPIELSKI J.F., « Donner ou redonner du sens au travail, la valeur ajoutée du cadre », Soins cadres, n°87, aout 2013, p. 15

2.4 Le projet : un outil au service du sens et de la reconnaissance

La notion de projet est un concept en « vogue ». En effet, bien qu'apparue tardivement, la notion de projet fait partie intégrante de l'univers hospitalier. Selon BOUTINET, ce concept est « révélateur d'une quête de sens dans les institutions hospitalières »⁵⁸. Dans un monde hospitalier fragilisé, les projets doivent permettre de donner un sens à construire ou reconstruire, tant au niveau individuel que collectif. Le projet est présent à différents niveaux : dans les établissements avec le projet d'établissement, dans les services de soins avec les projets de service, au niveau de l'encadrement de proximité, et enfin auprès du patient avec le projet de soins individualisé.

- ✓ **La multiplicité des types de projets m'amène donc dans un premier temps à me questionner sur la définition de ce qu'est un projet.**

2.4.1 Quelques définitions

Selon le dictionnaire Larousse⁵⁹, le mot « projet » peut se définir de différentes manières :

- ✓ « But que l'on se propose d'atteindre.
- ✓ Idée de quelque chose à faire, que l'on présente dans ses grandes lignes.
- ✓ Première ébauche, première rédaction destinée à être étudiée et corrigée.
- ✓ Tracé définitif, en plans, coupes et élévations, d'une construction à réaliser (machine, équipement, bâtiment, aménagement urbain, etc.).
- ✓ Étude de conception de quelque chose, en vue de sa fabrication ».

L'Académie Française⁶⁰ définit le projet comme étant « un dessein, une intention qu'on a de réaliser quelque entreprise, et qui prend en compte les moyens utiles à sa mise en œuvre ; ce que l'on se propose d'accomplir ».

Dans le domaine de la santé, la HAS spécifie qu'« un projet est un ensemble d'actions mises en œuvre pour atteindre un but précis, pour répondre à un besoin spécifique »⁶¹.

Dans un ouvrage qui fait référence dans le domaine, J.P. BOUTINET, enseignant chercheur en psychosociologie, définit le projet comme une « anticipation opératoire partiellement déterminée »⁶². Il ajoute que « le projet est en effet une anticipation au sens où il cherche à appréhender l'avenir, et opératoire parce qu'il fait référence à un futur qu'il va chercher à faire advenir »⁶³. Il s'agit donc d'anticiper afin de mieux s'adapter et de donner du sens aux différentes actions. Cependant, selon l'auteur, le projet cesse d'exister à partir du moment où celui-ci se réalise. Il s'agit donc d'une anticipation, d'une projection dans le futur, permettant de guider les individus dans leurs actions. Le projet est donc une réelle nécessité pour les organisations.

- ✓ **En quoi le projet est-il une réelle nécessité pour organisation ?**

⁵⁸ BOUTINET J.P., « En quoi un projet peut-il faire sens ? », Soins cadres, n°87, août 2013, p. 16

⁵⁹ www.larousse.fr

⁶⁰ www.academie-francaise.fr

⁶¹ www.has-sante.fr, « Repères concernant la notion de projet », ANESM, 2009

⁶² BOUTINET J. P., « Anthropologie du projet ». 2^{ème} édition, Presses Universitaires de France, 2012, p.64

⁶³ BOUTINET J. P., Ibid., p.66

2.4.2 Le projet : une réelle nécessité au sein des organisations

Le projet va être bénéfique dans les organisations à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, le projet permet de **donner du sens** : en rendant les individus acteurs, le projet favorise l'adhésion aux objectifs de l'organisation. De plus, participer, élaborer un projet revient à se questionner sur sa pertinence et donc le sens donné à celui-ci. Le projet répond à une volonté des individus de comprendre leurs missions afin de donner du sens au travail. « *Rechercher un sens à ce que l'on fait, à ce que l'on vit, au monde qui nous entoure, signifie se mettre dans une posture pragmatique, proche d'une attitude projective, c'est-à-dire construire un espace qui d'étranger devienne familier...* »⁶⁴. Selon P. BERNOUX, le projet permet aux individus de comprendre les enjeux d'une action et de se l'approprier. Cette appropriation va alors favoriser la motivation au travail en permettant d'y donner du sens⁶⁵.

Le projet permet également de **dynamiser une équipe** : « *le projet est destiné à dynamiser les énergies autour d'un enjeu* »⁶⁶. L'auteur explique en effet que de nombreuses entreprises utilisent le projet afin de dynamiser leurs équipes. Il explique également dans un article que le projet a des effets « *démultiplicateurs d'une équipe* »⁶⁷. Grâce au projet, les professionnels s'identifient à la mission concernée, ce qui engendre une forte implication individuelle et collective dans sa réalisation. Le projet permet également la valorisation des salariés. En effet, son caractère expérimental permet l'innovation et laisse donc place à la mise en avant de compétences individuelles et collectives.

Le projet permet de **créer du lien** : « *la démarche projet peut être identifiée à un processus unificateur destiné à produire un lien social à dominante consensuelle* »⁶⁸. Le projet implique donc un travail d'équipe qui va demander aux individus de communiquer et de coopérer. Selon MUCCHIELLI, psychosociologue, le travail en équipe consiste en un groupe de personnes pouvant avoir des qualifications différentes, qui coopèrent ensemble pour réaliser les objectifs d'un projet commun⁶⁹. De plus, la collaboration est un élément indispensable à la réussite d'un projet. C'est autour de ce projet commun que l'équipe de travail va se rassembler pour l'atteindre. « *Il va permettre de développer une culture commune et un climat de confiance fédérateur* »⁷⁰. Travailler sur un projet commun va également permettre d'apporter une réponse collective à une difficulté.

- ✓ **Si le projet permet de dynamiser, donner du sens et créer du lien, qu'en est-il du projet de soins qui, dans le cadre de ma recherche, m'intéresse plus particulièrement ?**

⁶⁴ BOUTINET J.P., « En quoi un projet peut-il faire sens ? », Soins cadres, n°87, aout 2013, p.18

⁶⁵ BERNOUX P., « La sociologie des organisations », Editions du Seuil, 2009, 466p.

⁶⁶ BOUTINET J. P., « Anthropologie du projet ». 2^{ème} édition, Presses Universitaires de France, 2012, p.113

⁶⁷ BOUTINET J. P., « Intérêt et limites du management par projet », Soins cadres, n°57, février 2006, p.64

⁶⁸ BOUTINET J. P., « Anthropologie du projet ». 2^{ème} édition, Presses Universitaires de France, 2012, p.284

⁶⁹ MUCCHIELLI R., « Le travail en équipe : les clés pour une meilleure efficacité collective », Paris : ESF, 2016, 203p.

⁷⁰ BAL S., « Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé », Soins cadres, n°79, aout 2011, p.43

2.4.3 Le projet de soins

Selon le Dictionnaire des soins infirmiers⁷¹, le projet de soins est en lien direct avec la démarche de soins. Il repose sur l'identification des problèmes de santé, la détermination des objectifs et les délais pour les atteindre. Le projet de soins consiste également en la planification des soins du patient, leur organisation ainsi que leur évaluation. Le projet de soins est un donc projet qui permet la prise en charge globale de la personne soignée. Il doit être réalisé dans le cadre d'une coopération d'équipe pluridisciplinaire afin de pouvoir prendre en compte l'ensemble des besoins et attentes de la personne soignée. Il suppose la prise en compte de la personne en tant qu'être singulier.

Le projet de soins a pour particularité d'être un projet en évolution constante. En effet, il doit constamment être ajusté, réévalué en fonction de l'état de santé de la personne soignée, de ses besoins.

Selon la HAS, « *le programme personnalisé de soins est un outil opérationnel proposé aux professionnels de santé pour organiser et planifier le parcours de soins d'une personne ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Il prend en compte la situation globale du patient. Partagé par le patient et les professionnels, c'est un outil de coordination des différents professionnels participant à la prise en charge des personnes ayant une maladie chronique* »⁷².

Selon M. REVERDY, cadre de santé, c'est l'investissement des soignants dans le projet de soins qui va permettre de mettre du sens dans leurs pratiques⁷³. En effet, en réunissant les différents membres d'une équipe de soins, le projet va leur permettre d'avancer vers un but commun. Elle ajoute que pour qu'un projet de soins soit efficient, il doit prendre en compte les réflexions et les apports des uns et des autres. « *La collaboration pluridisciplinaire est impérative* » et doit respecter la place et le rôle de chacun. Selon elle, le projet de soins est donc une « *dynamique réflexive commune et une collaboration des différents partenaires qui permettent de penser le soin et d'accéder à une cohésion nécessaire au bon fonctionnement d'une équipe autour d'un projet* ». De plus, en donnant du sens aux pratiques, le projet de soins permet d'entretenir une « *dynamique motivationnelle* » pour les soignants. En trouvant un sens à leurs actions par le projet de soins, les soignants seront davantage motivés et impliqués.

En ce qui concerne les aides-soignantes, C. LEROY et E. RAGOT, expliquent qu'elles sont un partenaire incontournable pour le projet de soins⁷⁴. Elles évoquent la situation de la réunion clinique en réanimation qui permet de formaliser le plan de soins personnalisé d'un patient. Lors de ces réunions, la parole doit être libre et chacun doit pouvoir être entendu. Ce temps d'échange permet à chacun de s'exprimer sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge du patient, d'exprimer les points de vue qui peuvent parfois être différents. Elles ajoutent également que ces réunions favorisent l'implication de tous les soignants.

La participation des aides-soignantes à ce projet de soins permet d'apporter un « *éclairage moins centré sur la technique et plus ouvert aux réactions du patient* ». L'aide-soignante a en effet un rôle privilégié auprès des patients et apporte une part « d'humanisation » à la prise en charge de celui-ci.

⁷¹ MAGNON R., DECHANOZ G., « Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière », Amiec recherche, 2001, 376p.

⁷² www.has-sante.fr, consulté le 17 mars 2019

⁷³ REVERDY M., « Le cadre de santé porteur du projet de soin individualisé au sein de l'équipe soignante », Cadre de santé.com, avril 2012

⁷⁴ LEROY C. et RAGOT E., « L'aide-soignante, un partenaire incontournable pour le projet de soins », L'aide-soignante, n°125, mars 2011, p.28

De par leur expérience, LEROY et RAGOT, expliquent que la participation des aides-soignantes à ces réunions cliniques a permis de favoriser leur implication. Elles ont pu « *apporter un éclairage complémentaire qui favorise la prise en compte des réactions humaines du patient* »⁷⁵.

P. MACREZ explique également dans un article que la collaboration infirmière/aide-soignante « *vise la mise en œuvre du projet de soins* »⁷⁶. C'est à l'infirmière qu'incombe la conception, la réalisation et l'évaluation de ce projet. L'aide-soignante y contribue par l'observation clinique de la personne soignée, la réalisation des soins délégués par l'infirmière et la transmission de ce qu'elle a fait et observé auprès du patient. Il ajoute que les observations des aides-soignantes sont « *précieuses et permettent de prendre des décisions de soins* ». Il ajoute lui aussi que la place de chacun doit être reconnue et que les différences de points de vue doivent être entendus.

Par leur contribution au projet de soins, les aides-soignantes peuvent donc trouver un sens au travail accompli. La valorisation de leur place au sein de ce projet leur procure la reconnaissance du travail accompli et de l'importance de leur rôle au sein de l'équipe dans la prise en charge du patient.

Aux vues de ma thématique de recherche, il me semble important de clôturer mon cadre théorique par le rôle du cadre de santé en regard des différents concepts que je viens d'aborder.

2.5 Le rôle du cadre de santé

Le rôle du cadre a fait l'objet de nombreux écrits dont celui de H. MINTZBERG⁷⁷, Docteur en management des organisations, qui décrit dix rôles. J'utiliserai donc la description de ces différents rôles qui sont tout à fait transférables au milieu de la santé.

Dans un premier temps, il décrit trois rôles importants pour le cadre liés à l'information : le rôle de **l'observateur actif**, le rôle de **diffuseur** et le rôle de **porte-parole**.

Dans son rôle d'**observateur actif**, le cadre est en permanente recherche d'informations internes et externes. Il assure en quelque sorte un recueil et une veille informationnelle. Ce rôle permet au cadre de chercher et de recevoir des informations. Dans son rôle de **diffuseur**, le cadre est le lien entre l'équipe et la direction. Il est responsable de la circulation de l'information aussi bien de manière ascendante que descendante. Il diffuse les informations qu'il reçoit de la direction mais également de l'extérieur de l'établissement. Il communique auprès de son équipe sur les orientations et décisions prises par la hiérarchie et s'assure de la compréhension et de l'application de celles-ci. A l'inverse, dans son rôle de **porte-parole**, le cadre fait remonter les informations issues de son équipe ou du service vers la hiérarchie. C'est donc au cadre de santé qu'il incombe de s'assurer de la compréhension des informations, des décisions, des orientations par l'ensemble des membres de l'équipe et donc de donner du sens au travail.

⁷⁵ LEROY C. et RAGOT E., Ibid., p.30

⁷⁶ MACREZ P., « La collaboration infirmière/aide-soignante au service du projet de soins », L'aide-soignante, n°115, mars 2010, p.25

⁷⁷ MINTZBERG H., « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre », Editions d'organisation, septembre 2006, pp. 65-111

H. MINTZBERG décrit ensuite quatre rôles décisionnels : le rôle d'**entrepreneur**, le rôle de **régulateur**, le rôle de **répartiteur de ressources** et le rôle de **négociateur**.

Tout d'abord, le cadre a un rôle d'**entrepreneur**. Le cadre propose et assure la mise en place de stratégies de travail en utilisant notamment la conduite de projet. Dans son rôle de **régulateur**, le cadre analyse des situations imprévues telles que des conflits internes ou externes. Il travaillera ensuite sur les actions correctives à mener. Dans son rôle de **répartiteur des ressources**, le cadre gère et alloue toutes les ressources inhérentes à la réalisation du travail (temps, ressources humaines, ressources financières). Dans son rôle de **négociateur**, le cadre négocie auprès de la hiérarchie et de la direction qu'auprès des équipes, lors de changements ou de modifications d'organisation. Il est également amené à négocier avec des partenaires externes à l'établissement. En tant qu'élément moteur de l'équipe, le cadre est donc un vecteur de motivation. La manière dont il exerce sa mission de cadre de santé aura un impact sur l'implication de l'équipe ainsi que sur leur participation dans des projets. Pour conduire un projet, le cadre doit animer l'équipe, mais également lui offrir un cadre méthodologique, structurant ainsi que les outils nécessaires à sa réalisation. De plus, par son accompagnement, le cadre de santé a pour rôle de faciliter le travail de collaboration autour d'un projet commun, notamment le projet de soins.

Enfin, l'auteur décrit trois rôles interpersonnels : le rôle de **symbole**, le rôle de **leader** et le rôle d'**agent de liaison**.

Dans son rôle de **symbole**, le cadre représente son organisation ou son établissement. Il accomplit un certain nombre de devoirs à caractère social et relationnel en répondant à des obligations, devoirs et sollicitations. Dans son rôle de **leader**, le cadre accompagne une équipe, il participe à sa formation, lui permet de développer des compétences. Il favorise la motivation et de l'activation des agents. Dans son rôle d'**agent de liaison**, le cadre crée et entretient un réseau de contacts entre son unité, les autres services de l'établissement et les relations externes. Au travers de ses différents rôles interpersonnels le cadre possède de nombreux moyens relationnels lui permettant d'actionner certains leviers favorisant la reconnaissance des professionnels. Au travers de l'investissement et de la mise en avant de compétences spécifiques des agents par le cadre de santé, ceux-ci se sentiront valorisés et reconnus, favorisant ainsi la motivation et l'implication au sein de l'équipe.

3 Méthodologie de l'enquête

3.1 Le choix d'une méthode de collecte de données

Pour recueillir les données nécessaires à l'étude de ma problématique de recherche, nous avons choisi de recourir à l'utilisation d'entretiens semi-directifs afin de procéder à une analyse qualitative. Les données récoltées auront pour but d'identifier le rapport des aides-soignantes au travail, leur ressenti par rapport à leurs relations aux autres professionnels du service et leur perception de leur façon de contribuer aux différentes activités ou projets. Il en sera de même pour les cadres de santé pour lesquels nous nous attacherons à comprendre leur perception de la fonction aide-soignante ainsi que leur vision de leur participation au sein des services.

Il nous a semblé cohérent et pertinent de collecter des données qualitatives plutôt que quantitatives. Cette méthode nous semble plus adaptée pour recueillir des informations et des éléments riches et nuancés autour de concepts tels que la reconnaissance, le sens au travail. Elle permet également de récolter des informations beaucoup plus discursives ayant attrait au ressenti des personnes enquêtées.

3.2 Le recueil des données par l'entretien semi directif

La collecte de données qualitatives peut se faire de différentes façons. Mais les méthodes les plus utilisées restent l'entretien et l'observation⁷⁸.

L'entretien est un mode particulier de communication entre deux personnes. L'entretien semi-directif permet un contact direct entre le chercheur et la personne enquêtée qui laisse une certaine liberté d'expression en centrant la discussion sur un ressenti par rapport à une situation plutôt que la description d'une tâche en particulier. L'entretien semi-directif nous semble donc être l'outil le plus adapté pour rendre compte du ressenti ou du point de vue d'une personne. Selon L. VAN CAMPENHOUDT et R. QU'IVY, l'entretien est « *un véritable échange au cours duquel l'interviewé exprime ses perceptions ou ses expériences, tandis que, le chercheur par ses questions ouvertes et ses réactions, facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis d'accéder à un degré maximum de sincérité et de profondeur* »⁷⁹

3.3 Elaboration du guide d'entretien

L'entretien semi-directif est conduit à l'aide d'un guide d'entretien comprenant un certain nombre de questions ouvertes ou d'une liste de thèmes à aborder. Ce guide a pour objectif de récolter les points de vue des personnes enquêtées, leur positionnement, leurs représentations et leur expérience face à la problématique abordée⁸⁰.

⁷⁸ KOHN L. et CHRISTIAENS W., « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », Reflets et perspectives de la vie économique 2014/4 (Tome LIII), p. 67 à 82

⁷⁹ VAN CAMPENHOUDT L, QUIVY R. « Manuel de recherche en sciences sociales ». Paris : Dunod, 1995, 272p.

⁸⁰ KOHN L. et CHRISTIAENS W., « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », Reflets et perspectives de la vie économique, avril 2014, Tome LIII, p. 67 à 82

Afin de procéder à la récolte des données nécessaires à l'étude, nous avons élaboré deux grilles d'entretien composées de 14 questions pour la première et 16 pour la deuxième. Dans un but de facilitation d'exploitation des données recueillies, nous avons choisi de prioriser et organiser mes grilles d'entretiens par thématiques à aborder.

Nous avons donc identifié quatre thèmes à aborder nous permettant d'aller chercher par les entretiens des éléments de réponses aux hypothèses de recherche qui sont :

- ✓ **La reconnaissance du travail de l'aide-soignante favorise sa participation.**
- ✓ **L'organisation des soins mise en place peut être génératrice de sens au travail pour les aides-soignantes et ainsi favoriser leur participation.**
- ✓ **Le projet de soins est un outil permettant de donner du sens au travail et participant au développement d'une dynamique motivationnelle auprès des aides-soignantes.**

Les premières questions du guide, s'intéressant à la thématique de la profession d'aide-soignant, ont été élaborées dans un but d'introduction à l'entretien semi-directif. Elles doivent permettre de faciliter la prise de parole des personnes enquêtées en leur permettant de s'exprimer sur un sujet qui les concerne directement et qui attire à leur quotidien tout en recueillant des données fondamentales à l'analyse de la problématique. « *La relation de confiance établie lors de cet échange ou de cette interaction est d'importance fondamentale car elle conditionne la richesse, la densité (qualité - authenticité, pertinence) du matériel collecté*⁸¹ ».

Une introduction au guide d'entretien rappellera également les raisons de ce travail, à savoir la réalisation du travail de recherche dans le cadre de l'année de formation en Institut de formation des cadres de santé. L'anonymat et la confidentialité des réponses y seront rappelés et garantis. Pour chaque entretien, nous solliciterons également l'accord de la personne pour l'enregistrement de celui-ci afin de faciliter l'exploitation des données recueillies.

Les premières questions seront donc relatives à la thématique de la profession aide-soignante et à la conception du métier. Les questions de la thématique suivante nous permettront d'aborder la notion de reconnaissance, le ressenti de la personne face à la reconnaissance ou la non-reconnaissance, et les impacts de celle-ci. Nous aborderons ensuite la thématique de la participation des aides-soignants aux différentes activités du service (staffs, réunion, transmissions, groupes de travail, ...) afin de comprendre ce qui pourrait l'influencer. Enfin l'entretien abordera la thématique du projet afin d'identifier comment les aides-soignantes se situent dans celui-ci, de quelle façon elles y contribuent (Cf annexes 1 et 2).

⁸¹ IMBERT G., « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », Recherche en soins infirmiers n°102, mars 2010, p. 23 à 34

3.4 Le choix de la population enquêtée

Aux vues de ma thématique de recherche, et en accord avec mon directeur de mémoire, nous avons fait le choix de réaliser, dans un premier temps, des entretiens auprès d'aides-soignants. Le thème de recherche étant dirigé sur la question de la reconnaissance des aides-soignantes et son influence sur leur participation au sein du service, il nous a semblé primordial de pouvoir récolter leur point de vue, leur ressenti à ce sujet. Dans un second temps, le travail de recherche ayant pour consigne de s'intéresser à une problématique managériale, il était donc nécessaire d'inclure des cadres de santé à cette étude.

J'ai souhaité interroger des cadres de santé et des aides-soignantes afin de pouvoir observer les éventuels écarts de conceptions ou des divergences de visions que chacune de ces deux fonctions pourraient induire. Pour finir, nous avons fait le choix de diversifier les lieux d'exercice des professionnels enquêtés afin d'avoir une vue plus représentative des aides-soignants et cadres de santé.

Pour cette enquête quatre cadres de santé et quatre aides-soignantes ont donc été sollicités et ont répondu positivement à ma demande. Le tableau ci-dessous récapitule le nombre d'années d'exercices dans la fonction et la nature du service où exercent les cadres de Santé et aides-soignantes interrogés.

Prénom ⁸²	Fonction	Nombre d'années d'exercice dans la fonction	Lieu d'exercice actuel
Sonia	Aide-soignante	6 ans	Médecine physique et réadaptation
Nathalie	Aide-soignante	16 ans	SSR gériatrique
Maria	Aide-soignante	20 ans	Cardiologie
Mélanie	Aide-soignante	6 ans	Diabétologie
Sophie	Cadre de santé	9 ans	Pneumologie
Claire	Cadre de santé	3 ans	Soins de suite et réadaptation
Sabrina	Cadre de santé	4 ans	Hôpital de jour de médecine
Annie	Cadre de santé	20 ans	Hépatogastroentérologie/médecine polyvalente

⁸² Les prénoms des personnes interrogées ont été modifiés afin de préserver l'anonymat

3.5 Les modalités d'enquête

Afin de réaliser ces entretiens, j'ai tout d'abord contacté par mail la Directrice des soins de l'établissement. Lors de cet échange, j'ai précisé ma demande, l'objet de mon travail de recherche, mon thème et la population souhaitée, afin d'obtenir son autorisation pour effectuer les entretiens auprès des professionnels.

J'ai ensuite pris contact avec les différents cadres de santé des services concernés afin qu'ils puissent organiser les rendez-vous d'entretien avec les aides-soignantes. J'ai également tenu à leur préciser que je souhaitais rencontrer des personnes, si possible volontaires et intéressées par la démarche. J'ai fait de même pour les entretiens avec les cadres de santé d'un autre établissement afin de pouvoir interviewer quatre cadres de santé.

Les huit entretiens des professionnels ont été programmés sur leur temps de travail en accord avec les cadres de santé et en respectant l'organisation du service et des soins. Tous les entretiens ont été réalisés dans l'enceinte des deux centres hospitaliers. Pour les soignants, ces entretiens ont lieu dans le bureau du cadre de santé absent à ce moment-là. Les entretiens avec les cadres de santé ont été réalisés dans leurs bureaux respectifs.

Au démarrage de chaque entretien, j'ai tenu à préciser qu'il s'agissait d'un travail de recherche dans le cadre de ma formation en IFCS. J'ai ensuite tenu à préciser qu'il allait s'agir d'une discussion entre professionnels et qu'il n'y avait ni bonne, ni mauvaise réponse aux questions que j'allais leur poser. J'ai ensuite ajouté que ces entretiens se déroulaient de façon anonyme. Pour terminer j'ai demandé à chaque professionnel leur accord pour enregistrer l'entretien en leur précisant qu'il s'agissait pour moi d'un moyen de faciliter le travail d'analyse et de retranscription.

Au cours des entretiens, je me suis attachée à avoir une attitude empathique envers les professionnels interrogés. La reformulation régulière au cours des entretiens m'a permis de recueillir des données significatives sur le thème de ma recherche.

Ces entretiens se sont déroulés entre le 6 et le 13 mars 2019. La durée des huit entretiens réalisés s'échelonne entre dix-neuf et cinquante-cinq minutes. Pour chacun des entretiens, les thèmes de la grille ont été abordés dans un ordre identique.

3.6 Limites de l'enquête

La première limite que je peux citer pour ce travail de recherche est selon moi la taille de l'échantillon. En effet, quatre entretiens ne suffisent pas pour avoir un échantillon représentatif de la population des aides-soignantes et des cadres de santé. Le temps est évidemment une seconde limite à l'enquête. Il m'aurait effectivement fallu bien plus de ces dix mois de formation pour aller plus loin dans ce travail d'enquête que j'ai trouvé passionnant. J'ai donc dû faire des choix et me restreindre dans mes ambitions. Enfin les entretiens se sont déroulés durant le temps de travail des professionnels et donc avec tout ce que cela implique : manque de disponibilité psychique, interruptions, téléphone...

Ce travail comporte également plusieurs biais. Tout d'abord, bien que je l'ai demandé lors de mes entretiens, je n'ai pas tenu compte de l'ancienneté des professionnels interrogés dans leur fonction.

En effet, les représentations sociales peuvent différer d'un individu à l'autre suivant son âge et son ancienneté dans la profession. Le second biais est que les professionnels interrogés sont tous des femmes. Je me suis dit que peut-être cela limite le champ des représentations qui ont été mises en évidence dans l'interprétation.

Enfin le troisième biais est que les AS et les CDS interrogés ne travaillent pas dans les mêmes services. Il aurait certainement été intéressant de pouvoir comparer leur vision et leur vécu au sein du même service.

3.7 Méthodologie d'analyse

Différents temps ont ponctué cette analyse. Le premier temps a tout d'abord été celui de la retranscription des entretiens. Cette étape, indispensable pour permettre une analyse de mon enquête a été très chronophage.

Dans un second temps, nous avons, avec l'aide de mon Directeur de mémoire, élaboré la grille de dépouillement présentée ci-dessous, qui a consisté à regrouper, sous différentes grandes thématiques, toutes les déclarations qui pouvaient s'y rattacher, l'interprétation que je pouvais en faire, ainsi que les concepts que je mettais en lien. Cette grille a été élaborée pour les aides-soignantes interrogées puis pour les cadres de santé. Afin de faciliter l'élaboration de cette grille, j'ai également numéroté les lignes de chaque entretien retranscrit, ce qui m'a permis de noter les numéros de lignes correspondants aux verbatims cités dans la grille et non des phrases entières.

Exemple :

Thème	Question	Résultats	Verbatim	Interprétation	Concepts en lien
La profession AS	Pourriez-vous me parler du métier d'aide-soignant ?	Relationnel, écoute 3 AS/4	AS n°4 lignes 9, 10 et 11, AS n°1 lignes 16 à 17	Aspect relationnel est beaucoup mis en avant dans la description de la profession. Les AS sont très attachées à cet aspect de leur profession. Peut-être un moyen de valoriser leur profession en dégageant un aspect qui pour elles seraient très spécifique au métier d'AS	L'AS est « détenteur d'un monopole sur les relations affectives avec les malades » (ARBORIO) Les AS sont très attachées à cet aspect de la profession qui est source de satisfaction au travail (ARBORIO)

La troisième étape, dite « analyse des résultats », m'a permis de donner du sens aux résultats en les confrontant au cadre théorique. C'est au cours de cette phase que j'ai donc procédé à la rédaction de cette analyse en croisant les données des aides-soignantes et celles des cadres de santé avec les données du cadre de référence. Puis lors d'une dernière phase « Synthèse et retour sur mes hypothèses », j'ai pu faire un état des lieux sur les convergences et les divergences qu'il m'était possible de soulever. J'ai également pu vérifier si ces hypothèses étaient validées ou invalidées.

4 Interprétation et analyse des résultats de l'enquête

L'enquête réalisée lors de ce travail de recherche a pour but de trouver des éléments de réponses à la question suivante :

En quoi la valorisation de la place des aides-soignantes dans le projet de soins peut-elle favoriser leur reconnaissance et donc leur participation ?

4.1 La profession aide-soignante, une description motivée par le désir de valorisation du métier

4.1.1 Le « monopole » du rôle relationnel

Lors de mon enquête, j'ai choisi dans un premier temps de m'intéresser à la vision de la profession aide-soignante. Le métier d'aide-soignant consiste en la dispensation, en collaboration avec l'infirmier, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé afin de préserver et de restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne. L'aide-soignant assure de ce fait les soins d'hygiène et de confort des patients hospitalisés. Cependant, lors de mes entretiens, la majorité des AS interrogées n'ont que très peu abordé cet aspect de leur profession en mettant plus en avant l'aspect relationnel de celle-ci. Le métier d'AS est perçu comme un véritable soutien au patient, un accompagnement. Les AS sont très attachées à cet aspect de leur profession. Il s'agit certainement d'un moyen pour elles de mettre en avant des tâches plus valorisantes puisque seule une AS évoque les tâches ayant attrait au rapport au corps (selles, urines) qu'elle qualifie d'ailleurs de tâches « pas faciles ».

Sonia : « C'est une personne qui accompagne une autre personne dans les actes de la vie quotidienne mais qui a un handicap ou des difficultés à réaliser des tâches de la vie de tous les jours. »

Maria : « C'est un accompagnement en fait. Un accompagnement où je les aide énormément. Enfin on les aide dans l'autonomie. On les accompagne pour les gestes de la vie de tous les jours. »

Deux AS sur les quatre interrogées évoquent également le fait qu'elles sont plus proches des patients. C'est une spécificité de leur métier qui n'est pas présente, selon elle chez les IDE. Je fais alors le parallèle avec le fait que les AS travaillent en collaboration avec les IDE mais qu'elles n'ont pas de rôle propre. Pour moi, il s'agit alors pour les AS de revendiquer un rôle qui, selon elles, leur appartient. C'est un moyen pour elles de s'attribuer un rôle qui leur est propre. Je me demande alors s'il ne s'agit pas d'un moyen de valoriser leur profession en dégageant un aspect qui pour elles seraient très spécifique au métier d'AS. C'est ce qu'évoque A.M. ARBORIO lorsqu'elle dit que l'AS est « détenteur d'un monopole sur les relations affectives avec les malades » et que ces dernières sont également « très attachées à cet aspect de la profession qui est source de satisfaction au travail ».

Mélanie : « Pour moi, une aide-soignante est beaucoup plus proche du patient. Elle a déjà un peu plus de temps à accorder aux patients. Pour moi c'est ça en fait. C'est quand même beaucoup de relationnel. Pour moi, je vois ça comme ça. Du coup c'est ça qui fait que j'aime mon métier. »

Nathalie : « On est beaucoup plus dans l'intime avec les patients. Du coup les patients ont tendance à se confier plus à nous. C'est une relation qui est complètement différente d'avec l'infirmière. »

Lorsque j'ai ensuite interrogé les cadres de santé, j'ai pu constater qu'elles mettaient également en avant l'aspect relationnel de la profession. En effet, pour les CDS, l'AS est perçue comme étant le premier maillon de la chaîne des soins. Pour deux d'entre elles, les AS travaillent sous délégation de l'IDE et peuvent être autonome, mais elles doivent communiquer avec l'IDE qui reste responsable des activités des aides-soignantes.

Les CDS évoquent aussi le fait que les AS ont une relation privilégiée avec les patients car elles sont au plus proche de ces derniers.

Claire : « Pour moi l'AS c'est celle qui prend le plus de temps au lit du patient. C'est vraiment quelqu'un, qui de par ses missions passe le plus de temps auprès de lui et qui peut un maximum récupérer des informations le concernant et puis entamer des dialogues, des discussions et puis avoir un historique finalement de ce qui se passe chez un patient encore plus qu'une infirmière. »

Sophie : « Effectivement le fait qu'elles soient au plus près du patient, ils ont tendance à se confier beaucoup plus. »

Au final, je m'aperçois que seule une CDS parle des soins de confort lorsque je lui demande de me décrire sa perception de la fonction AS. Des questions me viennent alors à l'esprit :

Quel regard les cadres de santé portent-elles sur les tâches déléguées aux AS, qualifiées de « moins nobles » ? N'est-ce finalement pas un moyen pour les cadres de santé aussi de valoriser la profession ?

Il est également important de souligner qu'une des CDS interrogée a été AS en début de carrière. Celle-ci souligne le fait qu'elle a un rapport particulier avec la profession. En effet, je constate lors de son entretien qu'elle valorise la profession en mettant en avant le relationnel plutôt que ce que HUGUES appelle le « dirty work », tout comme le font les AS elles même. Il me semble alors qu'il existe encore chez elle une forte identification à la profession AS.

Sophie : « Je vais d'abord vous raconter mon histoire professionnelle. J'ai été 7 ans ASH, 4 ans AS, 18 ans infirmière et puis 10 ans cadre. Donc la profession d'AS je la connais bien. »

4.1.2 Un métier difficile

Le métier est décrit par toutes les AS comme étant un métier difficile psychologiquement et physiquement. Lors des entretiens, toutes ont tenu à souligner ce fait. Selon moi, ce facteur en rajoute à leur désir de valorisation de la profession. Il a été également important pour certaines d'entre elles de valoriser le fait que tout le monde ne peut pas exercer ce métier. C'est un métier difficile qui réclame de donner de soi. Il faut aimer ce métier pour pouvoir l'exercer.

Sonia : « Pour moi, ce qui est difficile, c'est le fait que c'est un travail où c'est très physique mais aussi très psychologique. On doit prendre sur soi sur plein de situations, on écoute beaucoup sans donner notre avis. C'est aussi physique parce que quand il y a beaucoup de boulot il faut être en forme physiquement, il faut pas être fatiguée, avoir mal quelque part. il y a des fois où on a pas beaucoup de temps et quand il y a des horaires à respecter, il faut pas trop s'écouter et il faut avancer pour que tout le monde soit prêt à temps. »

En ce qui concerne leurs différents parcours depuis l'obtention du diplôme AS, toutes ont débuté leur carrière en EHPAD mais ont postulé ensuite à l'hôpital avec une envie de travailler plus dans les services de soins aigus pour la plupart d'entre elles. Toutes m'ont évoqué le travail difficile en EHPAD même si ces expériences ont été formatrices. L'aspect difficile du travail en EHPAD est lié au nombre de résidents à charge par agent et à la dépendance des résidents, le nursing très important dans ces structures. La technicité et les services plus « pointus » attirent davantage les AS.

Lors de mes entretiens, les CDS ont évoqué également de l'aspect difficile du métier AS et que celui-ci nécessite de réelles dispositions professionnelles et personnelles pour exercer, voir même pour une des CDS un réel amour du métier.

Sophie : « *Voilà ma conception de l'AS c'est ça c'est avant tout la bienveillance, la bienveillance envers le patient et puis cet amour du métier* ».

Cette réflexion provoque alors chez moi un questionnement relatif à mon vécu professionnel. En effet, lors de la période où j'ai exercé en tant que faisant fonction de cadre de santé, j'ai été amené à participer au recrutement de plusieurs aides-soignantes. J'ai à ce moment-là pu constater que de plus en plus d'AS qui postulaient le faisaient par le biais de Pôle Emploi ou dans le cadre d'une reconversion professionnelle tardive. Cela m'amène donc à me questionner sur cette notion « d'amour » du métier ou de « vocation ». Pour moi, la société a changé et les raisons qui motivent le choix de la profession aussi même s'il reste encore, heureusement, certaines AS qui ont fait le choix d'exercer cette profession par intérêt pour le métier. Par ailleurs, E. MORIN explique dans un article⁸³ que les travailleurs ont différentes façons de voir leur travail. Les études de différents chercheurs ont en effet permis de distinguer trois visions du travail :

- ✓ Le **travail « emploi »** qui est un moyen pour le travailleur de gagner sa vie et qui est donc pour lui une nécessité.
- ✓ Le **travail « carrière »** qui représente un moyen d'avancer hiérarchiquement dans la profession et qui de ce fait représente un réel investissement personnel.
- ✓ Le **travail « vocation »** qui est alors perçu comme indispensable et valorisant socialement. Il comporte très souvent des activités identifiées comme « agréables ».

La description du travail « vocation » me semble donc selon la définition d'E. MORIN difficilement compatible avec les caractéristiques de la profession aide-soignante car peu valorisée socialement et ayant attrait à des tâches relevant du « dirty work » que MOLINIER définit ainsi : « *le dirty work désigne des tâches qui sont perçues comme physiquement dégoûtantes, qui symbolisent quelque chose de dégradant et d'humiliant et/ou se confrontent à des dimensions taboues de l'expérience humaine : l'impur, l'infect, la déviance. J'ajouterais la sexualité.* »

⁸³ MORIN E. M. et FOREST J., « Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail », Gestion, Vol.32, février 2007, p. 32

4.1.3 Une vision partagée de la profession

Au regard de la thématique abordée, je constate donc que les AS et les CDS partagent la même vision de la profession aide-soignante.

La profession aide-soignante est donc un métier d'aide à la personne où la notion de don de soi semble inévitable. Il est défini comme étant un métier de contact et d'accompagnement du patient. Le choix du métier d'aide-soignant a souvent été argumenté par le fait de souhaiter être auprès du patient et de l'aider dans la réalisation des gestes du quotidien, impliquant donc de passer du temps auprès du patient. Cet aspect est par ailleurs une spécificité du métier que les cadres et les professionnels eux même ont mis en avant lors de cette enquête. Ainsi, le relationnel entre l'AS et les patients est primordial pour la prise en charge de ceux-ci. Cette proximité est gratifiante et valorisante pour les AS ainsi que les CDS.

Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, la profession aide-soignante souffre d'une faible valorisation du titre lié à la délégation par l'IDE de ses tâches les moins nobles. Cette notion a été abordée par HUGUES dans le concept du « dirty-work », né du phénomène de division du travail ayant amené les IDE à la déléguer les tâches les moins nobles de leur profession aux AS. Le métier apparaît alors comme étant un « sous-produit », une activité moins valorisée par la société qui reconnaît plus volontiers le caractère « prestigieux » des soins dispensés par les IDE. De plus, MOLINIER ajoute qu'au regard de la société, le travail relevant du « care » reste souvent peu reconnu et peu valorisé, puisque caractérisé par son invisibilité. Cela contribue donc au sentiment de faible reconnaissance des AS.

Pour la suite de mon enquête, j'ai donc souhaité aborder le thème de la reconnaissance vue par les AS ainsi que la vision des CDS.

4.2 La reconnaissance des aides-soignantes, vision des différents acteurs

4.2.1 La collaboration : levier de reconnaissance ?

Pour aborder ce thème, j'ai dans un premier temps demandé aux AS de me parler de leur façon de collaborer avec les différents professionnels de leur service. A cette question, les AS ont spontanément parlé de collaboration et d'entraide au sein de l'équipe soignante. Cependant, je m'aperçois rapidement que lorsque celles-ci évoquent le travail d'équipe, elles sous-entendent en fait la collaboration et l'entraide entre AS et non avec les autres catégories de professionnels.

Maria : « *Franchement on est une équipe où on s'entraide. Dès qu'il y en a une qui a terminé, on va voir les autres collègues pour voir si il y a besoin. Pour les sorties c'est pareil, on s'organise pour qu'on fasse ça tous ensemble comme ça au moins à plusieurs ça va plus vite. Nan franchement entre AS on s'entraide pas mal.* »

L'entraide dans l'équipe est donc évoquée mais il s'agit uniquement de l'entraide entre AS. Le travail d'équipe est résumé au travail entre aides-soignantes. Cela m'évoque alors un clivage entre les catégories de professionnels qui est contraire au travail d'équipe. Cette notion est notamment mise en avant par D. LHUILLIER qui, comme décrit dans mon cadre conceptuel, explique que les aides-

soignantes font partie de l'équipe soignante mais que du fait des spécificités de leur rôle auprès des patients, « *elles restent en marge du soin* »⁸⁴.

Selon R. MUCCHIELI, le travail en équipe consiste en un groupe de personnes pouvant avoir des qualifications différentes, qui coopèrent ensemble pour réaliser les objectifs d'un projet commun. Il ajoute également que « *L'hétérogénéité des compétences est facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe, et d'une division efficace des rôles. Elle dynamise et enrichit l'équipe. La complémentarité peut donc devenir un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel* »⁸⁵. De plus, au sujet du prendre soins, omniprésent dans la fonction AS, MOLINIER dit que « *le care est le produit d'un effort collectif, d'une culture de soins* »⁸⁶. Le prendre soins relève donc d'un réel travail d'équipe pluridisciplinaire et d'une collaboration entre les différentes catégories professionnelles du service.

Le travail en binôme avec l'IDE est fréquemment évoqué par les AS et de manière positive. C'est une organisation de travail qui semble leur convenir. Cependant, j'émet l'hypothèse que le travail en binôme est confondu avec l'entraide entre collègue et non identifié comme un mode de prise en charge.

Maria : « *Alors déjà avec l'infirmière on est en binôme. Le tour du matin, on le fait ensemble.* »

Mélanie : « *Être en binôme, Je trouve ça beaucoup mieux.* »

Une CDS dit que la collaboration AS/IDE est parfois compliquée notamment à cause de l'écart générationnel qui conditionne les relations dans le travail et la collaboration. En effet, selon elles, les « anciennes AS » n'ont pas les mêmes attentes que les nouvelles. Les habitudes de travail sont ancrées et difficiles à faire bouger.

Annie : « *D'autant plus que quand on a des AS qui sont un peu plus anciennes, et nous on a eu un grand renouvellement d'infirmières nouvelles, ce n'est pas toujours simple.* »

Cependant, le « binôme AS/IDE » a tout de même fréquemment été abordé lors des entretiens mais celui-ci est, selon deux CDS « personnalité dépendant ». En effet, certaines AS travaillent en binôme et d'autres pas. La qualité du binôme dépend de la volonté des professionnels et du fait qu'ils adhèrent ou pas à cette organisation. Selon moi, les AS comme les IDE doivent trouver un intérêt, une motivation à mettre en place ce binôme pour y adhérer. Celles qui n'y voient pas d'intérêt le pratiquent mais sans réelle collaboration avec IDE.

Sophie : « *C'est pareil il y a des AS qui savent travailler en binôme et d'autres pas parce que c'est volontaire. Ça existe faut pas se voiler la face.* »

Selon une des CDS, certaines difficultés lors du travail en binôme seraient également liées à la peur des IDE du glissement de tâche vers les AS. Selon elle, les IDE sont « frileuses » à la collaboration avec les AS car elles ont peur du glissement de tâche et inversement pour les AS. Concernant cette observation, je pense que la notion de binôme n'est pas perçue comme elle le devrait. Les

⁸⁴ LHUILLIER D., « Le sale boulot », <https://www.cairn.info/revue-travailler-2005-2-page-73.htm>

⁸⁵ MUCCHIELLI R., « Le travail en équipe - Clés pour une meilleure efficacité collective », ESF Editions, Paris, 2007, p. 35

⁸⁶ MOLINIER P., « le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoirs faire discrets ». In : PAPERMAN P., LAUGIER S., « Le soucis des autres. Ethique et politique du care », Paris : Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2006, p. 299-316

professionnels ne connaissent pas la définition du travail en binôme et de ce qu'il devrait vraiment être. Selon C. BUCHET-MOLFESSIS, ce phénomène de glissement de tâche est expliqué parfois notamment par la charge de travail ou bien souvent le besoin de valorisation des AS : « Ces dépassements de fonction sont souvent justifiés par une charge de travail importante de l'infirmier le rendant indisponible à certains moments, par une maîtrise des actes par les aides-soignants ou par le besoin de valorisation des aides-soignants, à travers l'exécution d'actes techniques perçus comme plus « nobles ». »⁸⁷

Sophie : « *Tout ça pour vous dire, le glissement de tâche, chacun reste dans sa catégorie et du coup ça a cloisonné et maintenant pour faire travailler les gens en binôme c'est compliqué. Parce que je te cloisonne, je n'ai pas le droit de faire ça ben moi non plus, toi tu as le droit de faire ce et chacun reste dans sa petite cloison et on ne dépasse pas.* »

Les cadres de santé ont enfin abordé des difficultés dans la collaboration des AS avec les autres professionnels des services. Chacune des catégories professionnelles est enfermée dans les tâches qu'il effectue et ne voit pas ce que l'autre fait. Les tâches sont très divisées, il n'y a pas ou peu de collaboration des AS avec les autres professionnels et un réel manque de communication. Selon trois CDS, les AS restent entre elles, elles s'identifient dans leur groupe d'appartenance. Chaque métier a des frontières qui sont bien définies et chacun travaille de son côté. Il n'y a pas d'échange. Le manque de collaboration et de communication entraîne une méconnaissance du rôle de chacun. Ce phénomène est amplifié par la division des tâches, inhérente à tous les milieux professionnels selon HUGUES mais qui est de plus en plus importante à l'hôpital.

Je me demande alors si les AS n'ont pas le sentiment d'être reconnues par leurs pairs mais peut-être pas par les autres ?

La collaboration est donc un travail commun dans un contexte de pluridisciplinarité. Les cadres de santé mettent en évidence une relation entre la collaboration et le travail en équipe. Pour elles, il s'agit de complémentarité et de pluridisciplinarité. D.D'AMOUR définit la collaboration ainsi « Fait d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients »⁸⁸. La collaboration est un travail d'équipe et de complémentarité dans lequel s'investissent deux corps de métier différents. Elle va permettre de donner du sens au travail.

Cette notion de collaboration n'est pas à négliger puisque comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, le sens au travail va agir favorablement sur la reconnaissance⁸⁹. C'est grâce aux échanges et aux interactions que le professionnel va pouvoir créer du sens à l'action. En effet, selon D. AUTISSIER, le sens au travail résulte d'une dynamique collective⁹⁰. La collaboration entre les différents membres de l'équipe suppose un travail en commun ainsi que la reconnaissance du travail de chacun. Le but commun doit être l'efficacité de la prise en charge globale du patient.

⁸⁷ BUCHET-MOLFESSIS C., « Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés », Recherche en soins infirmiers n°92, janvier 2008, p. 68-94

⁸⁸ D'AMOUR D. et al., « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », Sciences sociales et santé, vol 17, n°3, septembre 1999, pp 63-92

⁸⁹ VERBEKE L., « La reconnaissance au service de l'efficacité des soins », Soins cadres, n°87, août 2013, pp. 33-35

⁹⁰ AUTISSIER D. et WACHEUX F., « Manager par le sens, les clés de l'implication au travail », Paris, Editions Eyrolles, 2007, p. 21

4.2.2 L'ambiguïté de la reconnaissance du médecin

Lorsque je demande aux AS d'évoquer le regard que portent les autres professionnels sur leur fonction, j'ai été très surprise par le fait que les aides-soignantes rattachaient systématiquement le terme « autres professionnels » au regard du médecin du service. Toutes les AS parlent majoritairement du travail en collaboration avec le médecin qui est perçu comme le professionnel de référence et qui apparaît comme celui de qui il est important d'obtenir la reconnaissance. Le regard du médecin est donc très important pour les AS.

Sonia : « Pour eux on est les yeux. On est leurs yeux. On est le corps soignant qui passe le plus de temps avec le patient. On parle plus avec eux. Ça c'est des choses qu'ils nous disent. Ils se rendent compte que nous on détient des informations des fois importantes qu'eux ne savent pas. »

Nathalie : « Moi je sais que quand j'étais en EHPAD, on avait un médecin qui est la retraite maintenant, il nous disait mes aides-soignantes sont mes yeux. » « Pour moi c'est important. C'est des médecins qui écoutent leur personnel, enfin leurs aides-soignantes entre autres. »

Cette notion m'apparaît alors paradoxale puisque deux AS ont ensuite insisté sur le fait que les médecins les « sollicitaient » à outrance. Les nombreuses sollicitations des médecins sont par ailleurs vécues négativement par les AS. Elles ajoutent également que les IDE ne sont pas dérangées comme elles pendant leurs soins. Elles associent cela à la nature des soins des IDE (prise de sang plus importante qu'une toilette ou une réfection de lit). Selon A. BELKHIRI, les infirmières possèdent un capital symbolique autrement plus important que celui des aides-soignantes⁹¹. Les infirmières ont la responsabilité des tâches plus techniques et donc socialement valorisées.

Ce besoin de reconnaissance de la part du médecin m'évoque alors le fait qu'A.M. ARBORIO parle du métier d'AS comme « étant créé de toute pièce ». En effet, c'est à l'origine le médecin chef du service qui délivrait l'attestation qui autorisait à exercer en tant qu'AS (1949). La place et l'image du médecin à la tête de l'organisation est très présente. La notion de supériorité hiérarchique et de la reconnaissance par le niveau le plus haut dans le service est d'une grande importance.

Deux AS interrogées éprouvent également un sentiment de dévalorisation et ont l'impression de « ne pas exister » aux yeux des médecins. Les AS ont le sentiment que les autres professionnels ne connaissent pas leur fonction. Elles évoquent un manque de communication et de collaboration qui pourrait permettre à chacun d'appréhender les rôles des différentes catégories professionnelles. Il existe un réel cloisonnement, ou une division des tâches qui engendre le fait que chacun travaille de son côté sans se préoccuper de l'autre. Cette notion a été abordée dans le concept du sens au travail et plus particulièrement dans la raréfaction du sens. Plus l'activité est fractionnée, plus les individus seront tentés de ne voir que le travail qu'ils auront accompli et non pas la globalité, entraînant une perte du sens au travail qui, selon J.F. POPIELSKI constitue de nos jours une quête permanente pour les soignants.

L'une des AS verbalise ensuite que les médecins ont tendance à s'adresser davantage aux IDE lorsqu'ils ont besoin de renseignements sur l'évolution des patients. Le regard des médecins est donc encore une fois très important pour les AS. Pour elles, les médecins ne connaissent pas leur

⁹¹ BELKHIRI A., « Aide-soignante : un métier toujours dévalorisé et occulté malgré des tâches valorisées et aussi réalisées par d'autres professionnels » In BLANCHARD, H., & LE DANTEC, E. (Eds.), « La vieillesse des uns et le travail des autres », Presses universitaires de Perpignan, 2008, pp. 127-157

métier et pensent qu'elles n'ont pas de fonction « importante ». Je me demande alors si les AS n'auraient pas tendance à « s'auto dévaloriser ». En effet, il y aurait pour moi une part d'interprétation non négligeable de ce que pense les médecins sur leur fonction : les médecins ne prêtent pas attention à leur travail, cela veut forcément dire pour elles que leur travail n'est pas important. Les aides-soignantes sont situées au bas de la hiérarchie des métiers paramédicaux et nombreux sont ceux qui considèrent que : « *Leurs tâches anciennes d'assistance relèvent [...] plus de savoir-faire domestiques que de la science médicale* »⁹² (ARBORIO, 2001).

La reconnaissance par les autres professionnels et plus particulièrement par les médecins est pour finir générateur de sentiment d'utilité pour les AS interrogées. Pour se sentir utile, les AS ont donc le besoin de se sentir utile aux yeux des autres. La satisfaction au travail passe par le regard de l'autre. A l'inverse, un sentiment de manque de reconnaissance sera une véritable source de malaise et de souffrance au travail chez les AS interrogées. Nous pouvons alors faire le lien avec le concept de jugement d'utilité abordé par C. DEJOURS.

Sonia : « *On se sent utile. On se sent utile dans la prise en charge. On se dit que c'est pas que ceux qui sont au-dessus de nous qui décident et qui savent tout on va dire. Nous on sait des choses aussi qui aident à l'avancement du projet des patients.* »

Maria : « *Chez moi ça provoque un mal être. C'est clair. J'ai l'impression que je suis là pour pas aider le patient. C'est comme je vous disais tout à l'heure. Je suis un robot, je suis une machine. Et ça ça me rend mal.* »

Il me semble important également de citer une des CDS qui exprime le fait que la collaboration des AS avec les médecins dans son service se passe bien du fait de la technicité et de la spécificité des tâches qui sont confiées à ces agents. Elle explique que les AS collaborent avec les médecins car elles sont en charge d'une activité technique (le nettoyage des endoscopes). Les AS de ce service sont reconnues par les médecins dans leurs compétences dans une tâche technique. Selon la CDS, cette reconnaissance les valorise. Je me demande dans cette situation si les AS sont reconnues lorsqu'il s'agit de tâches moins techniques ?

Dans cette situation, je pense que cela explique peut-être le fait que les AS de l'HDJ restent majoritairement travailler du côté des endoscopies plutôt que du côté accueil des patients, où finalement elles vont avoir beaucoup moins de gestes techniques. La CDS dit d'ailleurs que les endoscopies sont « le nerf de la guerre ». Toutes les AS veulent aller à ce poste. J'imagine donc une certaine valorisation qu'elles retirent de cette activité car il s'agit d'un acte plus technique qui ont attiré au médical ou au soin, contrairement aux tâches liées à l'hygiène et confort des patients. Cette expertise technique a un lien avec le « jugement de beauté » selon C. DEJOURS puisque les AS sont reconnus comme appartenant au groupe professionnel « endoscopie » par reconnaissance du respect de la conformité du travail qui est exécuté « dans les règles de l'art ». De plus, les tâches décrites par cette CDS (lavage des endoscopes et entretien du matériel d'endoscopie) s'éloignent du « care », une des causes du peu de valorisation du métier pour se rapprocher du « cure ». En effet, Le care prend en charge le corps et le contact avec les déchets corporels. Le cure, lui, est proche du matériel médical stérile et de la technicité.

⁹² ARBORIO A.M, citée par BELKHIRI A., « Aide-soignante : un métier toujours dévalorisé et occulté malgré des tâches valorisées et aussi réalisées par d'autres professionnels » In BLANCHARD, H., & LE DANTEC, E. (Eds.), « La vieillesse des uns et le travail des autres », Presses universitaires de Perpignan, 2008, pp. 127-157

Sabrina : « Avec les médecins par contre il n'y a pas de souci. D'autant qu'avec cette fameuse salle de lavage on a quand même des automates, on a des grosses machines, c'est elles qui sont en lien avec l'unité d'hygiène, avec l'entreprise qui nous a fourni les machines et du coup elles ont quand même un retour qui les valorise ».

Une autre des CDS aborde la notion de collaboration des AS avec les médecins qui est une véritable source de reconnaissance. Elle explique que les médecins sollicitent les AS, elles sont incluses dans l'élaboration du projet thérapeutique. Dans ce service, il semblerait que les médecins ont bien perçu les compétences des AS et les valorisent en prenant en compte leurs points de vue dans les décisions de prise en charge des patients. La CDS explique que lors des réunions de synthèse, les AS sont sollicitées, elles sont écoutées et incluses au projet. Leur travail est reconnu.

Claire : « Les médecins leur posent des questions et les incluent totalement dans le projet thérapeutique...leur avis est très important. Donc elles sont sollicitées par le médecin d'autant plus en réunion de synthèse tous les jeudis... là on leur pose des questions sur l'autonomie, sur les soins d'hygiène, comment ça se passe et puis sur la partie psychologique. Donc là effectivement elles sont mises en avant et là ça se passe très bien. »

4.2.3 La perception de la fonction aide-soignante source de reconnaissance : valoriser la profession dès la formation

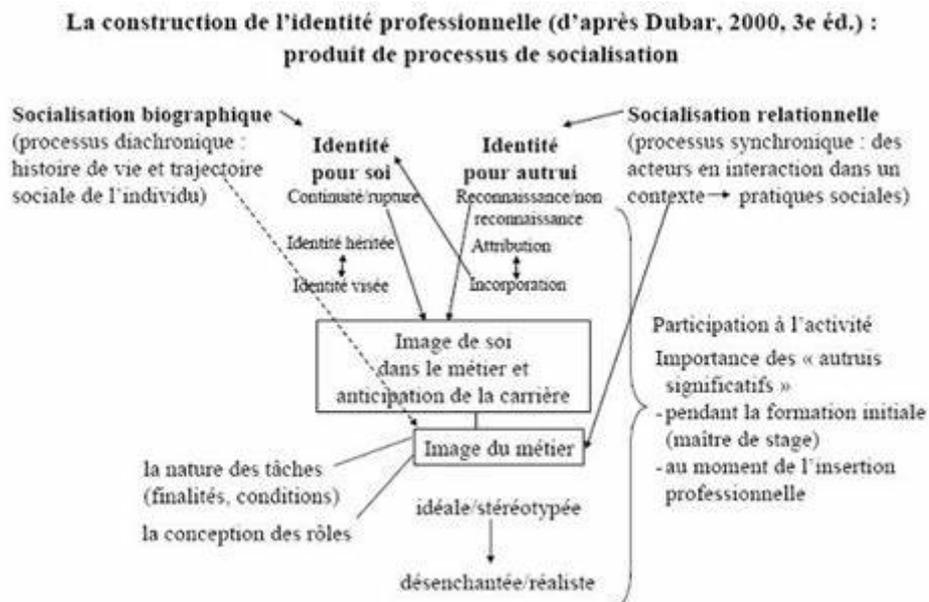
Une AS m'a évoqué le vécu des élèves AS en stage en tant que facteur influençant la perception de la fonction. Elle se dit donc particulièrement investie dans l'accompagnement des élèves AS en stage afin de leur montrer les bons côtés du métier. Le vécu des élèves en stage est vecteur de représentations du métier. Le rôle des AS encadrantes est donc primordial afin de rompre avec les représentations des élèves. C'est également un rôle qui se veut valorisant pour les AS puisqu'avant l'encadrement était à l'origine uniquement réalisé par les IDE des services et non par les AS qui ne pouvaient être tutrices de stage. Selon P. TAVIGNOT⁹³, la formation reste un espace protégé contrairement à la réalité de terrain : elle préserve l'identité personnelle de l'individu tout en lui permettant une remise en cause de son idéal professionnel lié à son identité sociale pour structurer son identité professionnelle. L'appartenance au groupe « stagiaires » favorise la construction identitaire.

Nathalie : « Déjà ça moi j'aime bien, parce que j'ai envie de donner envie, leur faire aimer ce métier là et pas simplement leur montrer le fait que ça peut être un métier un peu dévalorisant. L'aide-soignante elle fait beaucoup de nursing mais bon après y a pas que ça non plus. »

La perception positive de la fonction est donc source de satisfaction et de reconnaissance. La reconnaissance pour autrui est primordiale. Comme nous l'avons vu dans le développement du concept de la reconnaissance selon la psychodynamie du travail, la reconnaissance au travail est un élément essentiel dans le processus de construction identitaire des individus et va agir favorablement sur la santé et le bien-être personnel et professionnel. La notion de l'identité chez un individu est, en psychologie sociale, la reconnaissance de ce qu'il est, par lui-même ou par les autres. L'identité professionnelle est aussi un processus complexe. Pour C. DUBAR, Maître de conférences de sociologie, l'identité professionnelle se construit dans un processus de socialisation

⁹³ TAVIGNOT P. « La professionnalisation : un paradoxe ou un consensus au service de l'expérience professionnelle », in WITTORSKI R., « Formation, travail et professionnalisation », Paris, Collection action et savoir, 2005, p. 180

complexe⁹⁴. La construction d'une identité professionnelle, selon lui, est faite de plusieurs identités : l'identité pour soi, qui est le résultat de la trajectoire sociale et de la trajectoire de vie de l'individu, l'identité pour autrui, qui est une interaction d'acteurs et de pratiques sociales dans un champ professionnel et qui attribue ou non une reconnaissance.



4.2.4 La reconnaissance des aides-soignants : des stratégies managériales spécifiques

Lors de mes entretiens, toutes les CDS ont évoqué un fort besoin de reconnaissance de la part des AS. Deux d'entre elles ont longuement exprimé le souhait de responsabiliser davantage les AS de leurs unités, en faisant en sorte de les inclure dans des projet, groupes de travail et de leur confier des responsabilités. Elles souhaitent les faire sortir de leur travail quotidien afin de favoriser le développement de compétences et de les valoriser. Selon trois CDS, les AS sont donc des professionnels qui sont en manque de reconnaissance avec un métier peu valorisant. Il est donc important pour le CDS de mettre en place une organisation qui inclue les AS à des activités un peu plus variées afin de les « sortir de leurs tâches peu valorisantes ».

Annie : « Donc c'est vrai que moi j'essaye toujours de les intéresser à autre chose. Je pense que c'est des professionnels qui ont toute leur place dans tout ce qui se passe autour de la prise en charge des patients. »

Sophie : « Il y a aussi d'excellentes professionnelles à qui je pourrais facilement confier des tâches... par exemple des tâches sur la gestion du service, l'organisation, une référence sur un produit, une alèse qu'on utilise et puis aussi par exemple sur le matériel. J'essaye de les sortir de leur quotidien »

Elles expliquent également qu'elles emploient des stratégies managériales qui peuvent parfois différer des autres catégories professionnelles du service. En effet, selon les CDS, les AS sont souvent des professionnels qui réclament un accompagnement un peu particulier, certaines évoquant même un « besoin d'être un peu plus cadrées ». Les AS ont besoin d'être rassurées et guidées dans leur travail. Toutes les CDS mettent également en avant le fait que les AS ont un fort

⁹⁴ DUBAR C., « La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles ». Ed Armand Colin, 5eme édition, 2015, 256 p.

besoin de reconnaissance et de valorisation et qu'elles veillent constamment à être à leur écoute, à les accompagner, leur montrer de l'intérêt et à leur adresser des signes de reconnaissance.

Sabrina : « *J'ai donc l'impression qu'il faut davantage être stratégique avec les AS si on veut y arriver et mettre un peu plus de force à les convaincre de s'impliquer. Il faut vraiment leur montrer l'intérêt pour elles.* »

Annie : « *Quand on dit on a augmenté les entrées, c'est tout le monde parce que tout le monde est dans le même bateau et il faut tout le monde. Je ne dis pas que j'y arrive toujours parfaitement bien mais voilà je tends à rendre parce qu'on a besoin de tout le monde. Comme je dis si on n'avait pas besoin de vous, vous ne seriez pas là.* »

A l'heure actuelle, je pense que les moyens à disposition pour valoriser le travail des AS sont peu nombreux et leur travail est en lui-même peu valorisant. Il est donc important d'y prêter attention et de leur montrer leur contribution à la réussite de la prise en charge des patients. En effet, il ne faut pas oublier que, comme nous l'avions vu dans le cadre théorique, leur contribution dans le travail collectif de prise en charge est plutôt mise en arrière-plan et peu visible. Pourtant, elles y contribuent tout autant que les autres professionnels. De plus, comme abordé par H. MINTZBERG dans les rôles interpersonnels du cadre⁹⁵ et plus particulièrement dans le rôle de leader, le CDS se doit donc d'impulser une dynamique d'équipe qui inclue les AS, et doit veiller à la mise en place d'une organisation qui tachera de les inclure afin de permettre leur valorisation et leur reconnaissance.

Sophie : « *le cadre de santé est là aussi pour impulser, je demande toujours aux médecins, vous avez vu les AS, vous avez demandé aux AS et quand on fait des staffs moi je vais les chercher les AS, elles me disent ah ben non on a 10 toilettes à faire, d'accord mais il n'y en a pas une qui peut venir quand même ?* »

Pour finir, selon les CDS interrogées, la reconnaissance a un impact positif sur le vécu au travail des AS. Elle favorise l'investissement, la motivation. C'est également un facteur de bien-être au travail puisque les CDS remarquent la diminution des arrêts de travail.

Sophie : « *Vous avez des agents quand vous aller leur dire simplement merci, « merci pour ce que tu as fait, c'est bien bravo je te félicite », ces des agents qui finalement vont être boostés et qui vont vous apporter plus que prévu presque. Qui vont dire « ah ben je peux faire ça » il faudra même presque les freiner.* »

Comme nous avons pu le constater lors de cette enquête, la demande de reconnaissance des aides-soignants au sein des unités de soins est devenue une composante importante de la vie au travail. En effet, les AS déclarent souffrir d'un manque de reconnaissance de leur travail. J'ai également pu constater que les cadres de santé semblent conscients de ce problème. Toutes les catégories socioprofessionnelles revendiquent une demande de reconnaissance qui peut prendre plusieurs formes ; salaire, statut, respect, droit à l'information, communication...etc...mais les spécificités de la profession AS ainsi que les représentations liées à ce métier ne font que la complexifier. Cette demande de reconnaissance n'est pas à négliger, car elle peut être utile au management et peut aussi être moteur dans certains domaines du champ du travail : la motivation, implication, engagement, réflexion... La reconnaissance, qui passe en partie par la collaboration, le travail d'équipe et la communication, est un levier à ne pas écarter dans le domaine du management afin de favoriser la participation des AS dans le projet de soins du patient.

⁹⁵ MINTZBERG H., « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre », Editions d'organisation, septembre 2006, pp. 65-111

Afin d'explorer cette notion de participation, nous avons ensuite axé nos entretiens sur la participation des AS aux différentes activités des services.

4.3 La participation des aides-soignantes

4.3.1 Définition du concept

Il me semble important, pour débiter le thème de la participation, de définir tout d'abord brièvement ce concept que je n'ai pas abordé dans ma partie théorique.

Le dictionnaire définit la participation comme le fait de participer, c'est-à-dire de prendre part à..., d'avoir part à... Cependant, selon F. TILMAN, « Cette définition ne nous fait pas vraiment avancer parce que la manière de prendre part, ainsi que l'objet de la participation n'y sont pas précisés. En effet, s'agit-il simplement de faire acte de présence, ou d'avoir son mot à dire, ou encore de pouvoir contribuer à la décision. »⁹⁶

Selon F. TILMAN, participer, c'est aussi disposer d'un droit de parole pour donner librement son avis. Le droit de parole est total à condition que l'expression des individus soit respectueuse et en rapport avec le sujet ou l'ordre du jour. Cependant, il nous indique que selon la psychologie sociale, au sein de la dynamique des groupes, chaque membre ne dispose pas du même poids dans les débats. Pourtant, le principe de coopération ou de collaboration implique que chaque membre dispose du même poids dans la décision.

Joëlle ZASK décrit la participation comme la combinaison de trois moments concernant le rapport de l'individu au groupe : celui où il « **prend part** » à la vie du groupe, celui où il **contribue** à son développement et son enrichissement et celui où il **bénéficie**, en retour, de sa participation au groupe⁹⁷.

Dans le moment où l'individu **prend part**, elle distingue la différence entre « faire partie » et « prendre part ». Selon elle, on peut faire partie d'une communauté sans pour autant en être un membre à part entière, une communauté pouvant être constituée simplement « *d'individus semblables et interchangeables* ». A contrario, un groupe dynamique suppose que ses membres soient « *individus et réflexifs* ».

Dans le moment où l'individu **contribue**, il apporte sa part au groupe au travers de son expertise propre, de sa singularité, de ses compétences et de son investissement. Enfin, dans le moment du **bénéfice**, l'individu retire de sa participation au groupe un enrichissement. La participation enrichit successivement et réciproquement l'individu et le groupe.

Florence SCHEPENS, sociologue, a réalisé une étude sur les réunions pluridisciplinaires d'un service de soins palliatifs⁹⁸. Elle explique que dans ces services, les soignants accomplissent une mission particulière dans le paysage médical : ils doivent « soigner sans guérir » et faire face à une

⁹⁶ TILMAN F., « Pluralité des formes de la « participation » Une définition par comparaison », META Atelier d'histoire et de projet pour l'éducation, 2007, p.2

⁹⁷ ZASK J., « Participer. Essai sur les formes démocratiques de la participation », Lormont, éd. Au bord de l'eau, coll. Les voies du politique, 2011

⁹⁸ SCHEPENS F., « Participer pour rendre le travail possible. Les « staffs » en unités de soins palliatifs », Sociologie du travail, n°57, janvier 2015, p1-19

souffrance au travail importante. Elle a donc choisi d'étudier le déroulement de réunions de service mises en place par les médecins, qui réunissent les personnels médicaux et paramédicaux. Son étude a démontré qu'en sollicitant les personnels paramédicaux dans l'élaboration du système de soin, ces réunions ont un double effet sur leur travail : elles « modifient la division du travail habituellement en vigueur à l'hôpital, et entraînent des "charges de la participation" supplémentaires », mais elles permettent aussi « de s'approprier les cadres culturels du soin palliatif » et d'améliorer leur implication au travail.

4.3.2 La valorisation de la place de l'aide-soignante : levier de participation

Lors de mes entretiens, j'ai orienté la discussion vers la notion de participation des AS aux différentes activités du service.

Les AS disent participer à certaines activités telles que les transmissions, les staffs et les réunions qu'elles décrivent comme des lieux d'écoute ou d'échange. Deux d'entre elles me rapportent tout de même que cette participation dépend des activités qu'elles sont en train de réaliser. Autrement dit, elles ne participent uniquement si leurs tâches ou soins sont terminés.

Sonia : « Pour les transmissions, celles des médecins et des IDE ont lieu dans le poste de soins donc on y a accès facilement. On peut s'installer pour écouter ou échanger. On prend la parole pendant les transmissions. Après on y est pas toujours parce que ça dépend à quelle heure on a fini nos soins du matin. »

Selon les cadres de santé, certaines AS participent au staff mais elles ont besoin d'aller les chercher, besoin de leur rappeler leur place régulièrement.

Annie : « Les staffs elles y participent, je leur demande de venir. Ce n'est pas toujours simple parce que « oui mais on a des toilettes » « oui mais vous savez que le staff est tel jour, vous savez que vous pouvez vous organiser » »

La valorisation de la profession AS passerait pourtant par la valorisation de leurs activités et de leur place dans les soins. Il est donc nécessaire qu'elles occupent cette place.

L'importance de participer aux transmissions et staffs a bien été identifiée mais l'organisation des soins prend le dessus sur la volonté de participer. Le sens de leur participation à cette activité n'est peut-être pas réellement perçu. Cette situation me questionne : si les AS estiment que leur présence n'est pas indispensable, ont-elles le sentiment d'être utiles dans l'organisation du projet de soins ? Ont-elles saisi le sens de ses activités ? Comme nous l'avions vu dans le cadre théorique, le sentiment d'utilité du travail a été décrit par E. MORIN⁹⁹ comme étant une des caractéristiques d'un travail ayant du sens. Pour que les AS trouvent du sens à participer aux transmissions ou aux staffs, il faut donc que celles-ci aient le sentiment que leur participation contribue au bien pour la prise en charge du patient, que cela soit utile. On peut également faire le lien avec la notion de reconnaissance existentielle selon J.P. BRUN¹⁰⁰ qui va consister à valoriser l'importance de la personne dans l'organisation.

⁹⁹ MORIN E. M. et FOREST J., « Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail », Gestion, Vol.32, février 2007, pp. 31-36

¹⁰⁰ BRUN J.-P. et DUGAS N., « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens », Gestion, Vol.30, février 2005, pp. 79-88

C'est lorsque j'ai essayé d'en savoir un peu plus sur la participation des AS aux transmissions et staffs que je me suis aperçue qu'elles me disaient participer mais que finalement elles se positionnaient très en retrait. Lors des staffs particulièrement, deux AS disent participer mais me confient qu'elles ne prennent pas la parole. Elles ajoutent pour se « justifier » que les médecins, lors de ces staffs, s'adressent davantage aux IDE.

Nathalie : « Par contre c'est vrai que dans ces réunions nous on parle pas trop. C'est plutôt les infirmières qui parlent des patients et les médecins entre eux. »

Il me semble donc que les AS ne prennent pas la parole facilement surtout lorsque les médecins sont présents. Le sentiment de dévalorisation est encore une fois présent. Elles ont une fois de plus l'impression d'être « moins compétente que l'IDE » puisque le médecin s'adresse plus aux IDE. A. BELKHIRI dit à ce sujet que la prise de parole des AS est peut-être à mettre en lien avec la notion de division des tâches et de délégation par les IDE du « sale boulot ». En effet selon elle : « On peut se demander dans quelle mesure la retenue langagière des aides-soignantes, d'un côté, et l'aisance des infirmières, de l'autre, ne témoignent pas de leur mise à distance, tant subjective que symbolique, dans la division du travail. »¹⁰¹. Elle ajoute également que « participer à la circulation d'informations sur l'état des patients âgés et son évolution serait, valorisant pour les aides-soignantes ».

4.3.3 Participation au projet de soins : le rapport à l'écrit des aides-soignantes

La participation des AS aux transmissions écrites est également très peu présente. La majorité des AS me confient que les transmissions écrites ne sont pas faites par les AS qui laissent les IDE le faire à leur place.

Mélanie : « C'est vrai que très souvent, je pense que je suis pas la seule, les transmissions écrites, les transmissions ciblées c'est vrai qu'on les fait pratiquement pas. Du coup on transmet à l'infirmière et pour nous, je pense que c'est comme ça, on se dit « ba c'est réglé ». Ça sera fait, l'infirmière va s'en charger. »

Selon les CDS, les aides-soignantes participent peu aux transmissions. Pour la majorité des CDS interrogées, les AS participent peu aux transmissions notamment écrites et ne tracent que très rarement leurs activités et les soins des patients.

Trois CDS sur quatre soulignent également que les AS ne réalisent pas de traçabilité dans le dossier patient. Elles évoquent également le fait que les AS laissent les IDE réaliser des tâches qui relèveraient de leur rôle et notamment les transmissions écrites.

Annie : « Moi je leur demande de valoriser ce qu'elles font et ne pas laisser l'infirmière écrire ce qu'elles ont fait. Mais c'est souvent l'excuse « oui mais l'infirmière l'a noté ». Oui mais je l'ai dit à l'AS, c'est très bien, et il faut surtout le dire à l'infirmière mais c'est vous qui l'avez fait. »

Claire : « Moi j'entends souvent, mais l'infirmière le fait donc c'est bon ... oui bien sûr. Ou Ici c'est « j'ai transmis à l'infirmière c'est à elle de le faire ». Alors je dis « non l'information c'est toi qui l'as, certes tu transmets mais c'est toi qui traces » et elles ne voient pas ce fait que ce soit valorisant pour leur travail »

¹⁰¹ BELKHIRI A., « Aide-soignante : un métier toujours dévalorisé et occulté malgré des tâches valorisées et aussi réalisées par d'autres professionnels » In BLANCHARD, H., & LE DANTEC, E. (Eds.), « La vieillesse des uns et le travail des autres », Presses universitaires de Perpignan, 2008, pp. 127-157

Il en ressort donc que les AS estiment que la traçabilité sera réalisée par l'IDE et ne la font donc pas. Ont-elles intégré le fait que la traçabilité faisait partie intégrante du soin et de la prise en charge ? La valorisation de leur profession passerait pourtant par la valorisation de leurs activités et de leur place dans les soins. Il est donc nécessaire qu'elles occupent cette place et qu'elles écrivent dans les dossiers patients.

Le rapport à l'écrit des AS me pose ici question. Est-ce lié à une question de difficultés à l'écrit ou bien au fait de ne pas avoir perçu le sens de leur participation aux transmissions écrites ? Une fois de plus les AS sont très paradoxales puisqu'elles revendiquent le fait de ne pas être suffisamment reconnues dans leur rôle mais elles ne vont pas au bout de leur démarche et laissent les IDE terminer leurs soins (puisque les transmissions font partie intégrante du soin) à leur place.

Selon Catherine GOURSAUD, cadre formatrice, les AS n'écrivent que trop peu dans les dossiers de soins¹⁰². Pourtant, les informations qu'elles détiennent sont d'une grande utilité car précieuses et indispensables pour une prise en charge de qualité. Il est donc important que ces informations soient consignées par écrit dans le dossier de soins. Selon l'auteur, les aides-soignantes auraient tendance à cocher les soins dispensés sur le diagramme de soins mais peu rajoutent des éléments complémentaires. Les arguments avancés par les AS sont les suivants :

- ✓ Faible niveau d'étude rendant l'écriture compliquée
- ✓ Crainte du jugement de valeur ou des moqueries liés aux fautes d'orthographe
- ✓ Difficulté à mettre les idées par écrit
- ✓ Difficultés de synthèse des idées
- ✓ Découragement et remise en cause lors de la relecture par les IDE
- ✓ Peu d'espace laissé par l'IDE qui a fait les transmissions écrites des actes réalisés par l'AS

Les raisons profondes de ce phénomène décrit par C. GOURSAUD résideraient en fait dans le sentiment de réaliser des tâches plus ingrates que celles réalisées par les IDE. Les soins réalisés par les AS seraient donc dévalorisés. Il n'y aurait alors pas d'intérêt de les consigner par écrit. Pourtant, la participation des AS aux transmissions écrites est gage de qualité de prise en charge des patients. C'est également grâce aux écrits que les AS vont pouvoir « *valoriser leur rôle en faisant évoluer le regard des autres membres de l'équipe sur leur travail* ». C'est enfin cette reconnaissance qui permettra la construction d'une identité professionnelle AS « *plus solide* ».

4.3.4 Le sens au travail : levier de participation des aides-soignantes

J'ai ensuite souhaité savoir quels seraient les facteurs pouvant inciter les AS à participer davantage. Trois AS sur quatre évoquent spontanément le sentiment d'utilité. Vient ensuite le sentiment d'être écouté, la connaissance d'un objectif ou d'un but à atteindre, puis la reconnaissance par les autres professionnels du service.

¹⁰² GOURSAUD C., « L'écriture aide-soignante, difficultés rencontrées et pistes d'amélioration », L'aide-soignante n°103, janvier 2009, pp.12-13

Sonia : « C'est surtout le fait qu'on fasse attention à nous, à ce qu'on dit. Si on sait qu'ils s'en foutent, je vois pas pourquoi on y assisterait. Là du coup comme on sait que ce qu'on dit c'est important pour eux, du coup on y va. C'est sûr que du coup on se dit qu'on perd pas notre temps et que c'est bien pour le patient. »

Maria : « Quand on sait que ce qu'on fait ça sert à quelque chose, c'est sûr qu'on le prend pas pareil. Tout de suite on sait pourquoi on vient travailler et on s'y implique un peu plus je crois. Travailler ou faire quelque chose sans savoir à quoi ça sert, ça donne pas envie c'est clair. »

Mélanie : « Je pense que déjà si les médecins nous accordaient un petit peu plus d'attention, je pense que l'échange serait plus facile. On a besoins d'être un peu plus reconnues. »

Pour les CDS, les aides-soignantes ont besoins de comprendre ce qu'elles font y trouver un intérêt pour favoriser leur participation. Il est important de mettre du sens derrière une pratique pour que les AS s'y investissent. Elles doivent en comprendre l'intérêt pour s'y intéresser.

Sabrina : « Je vous dirais bien que l'important c'est qu'elles comprennent que ce qu'elles font est important. Si elles font les choses sans en être convaincues, au bout d'un moment elles arrêtent. Oui je crois que si elles comprennent l'intérêt, elles participeront plus. »

Selon les cadres interrogées, il est également important de veiller à l'organisation des soins et de l'équipe afin de valoriser la place de l'AS au sein de celle-ci et qu'elles comprennent l'intérêt de leur participation. Il leur semble donc aussi intéressant de leur accorder des moments privilégiés et de ne travailler qu'avec elles sur certaines choses afin de leur démontrer leur valeur et l'intérêt de leur fonction, de leur place au sein de l'équipe. la gestion de l'organisation des soins et de l'équipe ainsi que l'adhésion des AS et leur participation au projet de soins relèvent alors des rôles décisionnels selon MINTZBERG¹⁰³ que nous avons décrit dans la partie théorique de cette étude.

Claire : « Eventuellement créer des groupes de travail pour le bien du service et pour valoriser les AS peut être que ça leur permettrait de s'investir à l'écrit un peu plus, formaliser les dossiers etc. ... »

Trois CDS sur quatre ont également évoqué la notion de sentiment d'être utile pour le patient. Le sentiment d'utilité pour le patient est finalement ce qui va être un véritable moteur pour la participation des AS.

Claire : « La catégorie AS que j'ai chez moi elles sont très investies pour le patient. Là pour le coup c'est leur objectif numéro 1. Alors quand c'est pour le patient elles ne disent jamais non à rien et ça c'est un gros point positif. »

La communication et l'information sont aussi des notions qui reviennent et qui semblent importantes selon les CDS pour donner du sens. Elles évoquent l'importance de communiquer autour des objectifs de prise en charge du patient. Les CDS mettent alors en application ce que MINTZBERG décrit comme le rôle de « diffuseur »¹⁰⁴. En effet, le cadre communique auprès de son équipe sur les orientations et décisions prises par la hiérarchie et s'assure de la compréhension

¹⁰³ MINTZBERG H., « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre », Editions d'organisation, septembre 2006, pp. 65-111

¹⁰⁴ MINTZBERG H., « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre », Editions d'organisation, septembre 2006, pp. 65-111

et de l'application de celles-ci. Selon deux CDS, c'est d'ailleurs le travail en équipe qui permettra la communication et le partage d'un objectif, d'un but commun.

Sophie : « Très honnêtement qu'est ce qui pourrait donner du sens ? La notion de travail d'équipe, les unes l'ont, les autres pas, le binôme ça pourrait donner un sens dans ce service, il n'est pas tellement présent. »

Le sentiment d'être utile dans la prise en charge du patient est très présent. Il ne s'agit pas seulement de se sentir utile soi-même mais également que cette utilité soi reconnue par les autres. Il est important de ne pas travailler sans savoir pourquoi on le fait. Savoir où on va et savoir que ce que l'on fait est bénéfique pour le patient engendre de la motivation au travail. Il est également important de comprendre et s'approprier le sens et les objectifs d'une tâche à réaliser afin de pouvoir y adhérer. Selon C. DEJOURS, c'est la reconnaissance qui va permettre la construction de sens au travail. C'est ensuite le sens au travail qui favorisera la participation. Selon BRUN, c'est aussi la reconnaissance des résultats qui deviennent le moteur de l'individu au travail.

Enfin la communication autour des objectifs du projet de soins semble également importante puisqu'il s'agit d'éclaircir et de communiquer sur le but à atteindre. Le sens passe surtout par la communication autour des objectifs des tâches, des projets. Inclure les AS dans les différents travaux ou tâches va contribuer également à donner du sens car cela permet de leur faire comprendre la finalité. Il s'agit donc également d'inclure les AS au projet de soins afin qu'ils se l'approprient et en comprennent les finalités afin d'y adhérer. Montrer aux AS qu'ils sont actifs dans la réussite du projet et donc les valoriser va engendrer de la reconnaissance qui elle-même sera génératrice de sens au travail. Selon E. MORIN, le travail n'a de sens que s'il est jugé utile par la société et par soi-même. De plus, comme nous avons pu l'aborder dans le cadre théorique, le projet et le sens serait en lien. Selon BOUTINET, « ils s'appellent l'un l'autre ».¹⁰⁵ Participer à un projet permet en effet de se questionner sur ses objectifs, sa pertinence et donc sur son sens.

Pour terminer cette enquête, j'ai donc ensuite souhaité aborder le thème du projet de soins. Celui-ci avait déjà beaucoup été abordé spontanément dans les discussions mais il me semblait important de revenir dessus afin de recueillir la vision des acteurs sur celui-ci.

4.4 Le projet de soins

4.4.1 Le binôme AS/IDE : quelle place pour l'aide-soignante ?

Afin d'amorcer la discussion sur le projet de soins des services, je décide dans un premier temps de demander aux AS de me parler de la prise en charge des patients dans leurs unités respectives.

Deux AS sur quatre m'évoquent spontanément l'organisation mise en place dans leurs services et plus particulièrement le travail en binôme avec les IDE. Les personnels de ces services sont « sectorisés », c'est-à-dire que chaque IDE et chaque AS a en charge un groupe de patient.

Le travail en binôme peut se définir comme l'association de deux personnes ayant des compétences complémentaires dans le but d'atteindre un objectif commun.

¹⁰⁵ BOUTINET J.P., « En quoi un projet peut-il faire sens ? », Soins cadres, n°87, aout 2013, p. 16

Maria : « *On est découpé en secteurs avec chaque secteur qui a un médecin, une infirmière et une aide-soignante.* »

Mélanie : « *Ici c'est organisé oui, on est sectorisé et on est référent d'un groupe de patients.* »

L'une d'entre elles ajoute que dans cette organisation et dans le travail en binôme, c'est l'infirmière qui centralise les informations. L'organisation en secteur et en binôme avec l'IDE est mise en avant dans la moitié des cas. Cependant, il est également évoqué que c'est l'IDE qui centralise les informations et qui réalise les transmissions. Je m'interroge donc sur la réalité du binôme et sur la représentation de celui-ci.

Les cadres de santé évoquent également l'organisation des soins et le binôme IDE/AS. Deux CDS sur les quatre interrogées évoquent une collaboration au sein de ce binôme qui peut parfois être difficile. Elles expliquent que la qualité de ce binôme est parfois personnalité dépendante. Certaines AS ou certaines IDE savent travailler en binômes et d'autres pas. Elles expliquent également que la cause du manque d'adhésion des soignants à ce mode d'organisation proviendrait certainement d'un manque de compréhension du fonctionnement du binôme.

Sophie : « *il y a des AS qui savent travailler en binôme et d'autres pas, pour les infirmières c'est la même chose.* »

Annie : « *Alors c'est vrai qu'il y a des fois ce n'est pas évident avec l'infirmière mais elles peuvent aller chercher leur collègue. En plus, elles sont persuadées que le binôme ça veut dire se suivre alors que non. Et ça elles ont du mal à la comprendre, c'est plus en termes d'organisation et pas collées.* »

L'AS as-t-elle réellement une place qui lui est accordée au sein de cette organisation de travail ?

Selon Aurélie BELKHIRI, « *les infirmières possèdent un capital symbolique autrement plus important que celui des aides-soignantes* ». Les infirmières dans leurs fonctions sont responsables de tâches plus techniques qui sont socialement valorisées, alors que les aides-soignantes sont essentiellement chargées du « *dirty work* ». De ce fait, ce sont les infirmières qui sont « *en mesure d'encourager ou non les aides-soignantes* » et qui vont décider de leur déléguer ou non certaines tâches plus techniques, leur permettant ainsi de valoriser leur travail. Ce sont également les infirmières qui pourront intégrer ou pas les aides-soignantes au projet de soins infirmier. Dans son article, l'auteur explique que lors d'entretiens, les aides-soignantes ont expliqué que leurs rapports avec les infirmières étaient parfois difficiles. En effet, elles verbalisent le fait que la plupart du temps, les infirmières ne désirent pas leur déléguer certaines tâches plus valorisantes. « *Les aides-soignantes se sentent parfois écrasées par la logique hiérarchique* ».

Le rôle du cadre de santé dans cette organisation devra alors s'attacher à veiller à la place de l'AS dans sa collaboration avec les IDE. Le cadre de santé doit impulser une dynamique qui inclue les AS, il doit veiller à l'organisation au sein de son unité et inclure AS à celle-ci. En effet, le cadre est garant de l'organisation des soins et doit veiller à la place de qu'occupe chacun dans l'équipe afin d'inclure tous les professionnels. C'est en quelques sortes le chef d'orchestre qui veille au bon fonctionnement du travail d'équipe.

4.4.2 Le projet de soins : un travail collectif autour d'un objectif commun

Toutes les AS interviewées expliquent que le projet de soins dans leur service est une démarche qui est formalisée et organisée. Il est établi pour tous les patients entrants dans le service.

Sonia : « *Pour tous les patients c'est pareil. C'est organisé. Il y a un projet de soins qui est le même et qui est écrit.* »

Le projet de soins est donc identifié comme étant formalisé, pourtant, seulement deux AS parlent de vraie démarche projet avec objectifs, évaluation et réajustement. Pour deux AS sur quatre, le projet de soins sert à fixer des objectifs pour la prise en charge du patient. Ces objectifs sont discutés et réévalués tout au long du séjour du patient. Selon les recherches effectuées dans le cadre théorique, le projet de soins doit constamment être ajusté, réévalué en fonction de l'état de santé de la personne soignée, de ses besoins.

Sonia : « *On fixe des objectifs pour chaque patient, pour qu'ils puissent les atteindre. On les remodifie aussi des fois.* »

Nathalie : « *Il y a des objectifs qui sont fixés. On reprend un tableau comme avec les 14 besoins en fait. On fait un peu comme ça avec les patients. Après on reprend plusieurs jours après le dossier pour voir l'évolution par rapport à tout ce qu'on devait prendre en compte. Du coup par rapport à cette évolution on va voir après pour son devenir. On voit ce qu'il faut qu'on mette en place.* »

Le projet est abordé de façon pluridisciplinaire pour deux AS. Comme nous l'avions vu dans la partie théorique, le projet de soins doit être réalisé dans le cadre d'une coopération d'équipe pluridisciplinaire afin de pouvoir prendre en compte l'ensemble des besoins et attentes de la personne soignée. Il s'agit d'une réelle collaboration et tous y participent. Je remarque lors de l'analyse de ces entretiens que ce sont ces deux AS qui sont le plus en mesure de m'expliquer le déroulement du projet de soins.

Je remarque également que les deux AS que je viens d'évoquer sont également celles qui ont parlé de sectorisation et de travail en binôme avec l'IDE. Pour ces deux AS, cette organisation était vécue positivement et se passait très bien.

Toutes les cadres évoquent elles aussi un projet de soins qui est formalisé et s'attardent davantage sur le staff hebdomadaire qui fait partie de l'organisation du projet de soins. Les quatre CDS disent avoir un staff hebdomadaire qui a lieu dans leurs services. Ce staff est l'occasion de discuter des prises en charge des patients, des objectifs, du devenir.

Sophie : « *On travaille encore dessus mais j'essaye de faire en sorte que tout soit bien organisé. De l'entrée du patient, à son séjour et sa sortie. Tout est formalisé. Il y a les transmissions, les staffs, les temps d'échange entre les différents professionnels qui travaillent auprès du patient. Après on discute de son devenir, on fixe des objectifs, on en discute.* »

Selon M. RIVERDY, le projet de soins est une « dynamique réflexive commune et une collaboration des différents partenaires qui permettent de penser le soin et d'accéder à une cohésion

nécessaire au bon fonctionnement d'une équipe autour d'un projet ». ¹⁰⁶ C'est l'investissement des soignants dans le projet de soins qui va permettre de mettre du sens dans leurs pratiques. Selon BOUTINET ¹⁰⁷, le projet implique donc un travail d'équipe qui va demander aux individus de communiquer et de coopérer. Il dit également que « le projet est destiné à dynamiser les énergies autour d'un enjeu ».

Il me semble donc nécessaire d'inclure les AS à l'élaboration du projet de soins et pour le CDS de veiller à l'organisation et à la place de chacun dans ce projet pour que tous puissent l'identifier et en comprendre le sens. Ces deux mêmes AS participent activement au projet de soins. J'en déduis donc que l'organisation et la place accordée est donc facteur d'engagement et favorise la participation.

Il est également intéressant de souligner que les deux AS qui n'évoquent pas les objectifs de soins parlent de projet organisé mais restent très vagues sur l'explication de ce projet. Ont-elles compris le sens de ce projet et son organisation ? Je me pose alors la question de leur participation à celui-ci.

4.4.3 La contribution des aides-soignantes au projet de soins

Pour terminer cette enquête, j'ai ensuite souhaité que les aides-soignantes s'expriment sur la façon dont elles prenaient part au projet de soins.

Deux AS sur quatre disent que le projet de soins est le fruit du travail de toute l'équipe soignante du service. Elles parlent de moment d'échanges pluridisciplinaire où la parole de chacun est entendue. Dans cette organisation, l'AS participe au réajustement des objectifs de la prise en charge.

Sonia : « On est référent de certains patients et nous on observe, on stimule les patients pour qu'ils atteignent les objectifs. Après si on rencontre des problèmes, on voit, on le signale et on essaye de remodeler les objectifs. Dans les staffs ça peut être remodifié en fonction de ce qu'on a vu. »

Nathalie : « Donc là oui du coup on nous sollicite beaucoup nous. Là, ne serais ce que pour l'assistante sociale, pour qu'elle fasse un dossier, les médecins aussi. Ils nous demandent comment ça se passe le matin, si ils font des choses seuls pour pouvoir après mettre des aides en place pour le retour à la maison. Ça aide aussi à savoir si ils peuvent retourner à la maison, si c'est possible, si ils ont besoin d'aide. »

Ces deux aides-soignantes disent prendre volontairement la parole lors des staffs pluridisciplinaires et ont le sentiment d'être écoutées puisque les objectifs peuvent être réajustés en fonction de leurs observations.

Les deux autres AS interrogées disent être présentes lors des staffs pluridisciplinaires mais me confient ne pas prendre la parole. Elles finissent également par me préciser que leur participation est dépendante de l'activité de soins. Elles disent assister aux staffs et transmissions uniquement si leurs soins sont terminés.

¹⁰⁶ REVERDY M., « Le cadre de santé porteur du projet de soin individualisé au sein de l'équipe soignante », Cadre de santé.com, avril 2012

¹⁰⁷ BOUTINET J. P., « Anthropologie du projet ». 2^{ème} édition, Presses Universitaires de France, 2012

Maria : « Mais c'est pas moi qui vais prendre la parole comme ça pendant le staff par exemple. Après en plus ça dépend de notre charge de travail. C'est vrai que normalement on est censé y être mais quand c'est chargé, on va plutôt préférer avancer notre boulot, nos soins. Du coup des fois on y est pas. Et franchement je pense pas que ça change grand-chose puisque l'IDE est là et qu'on travaille en binôme comme je vous l'avais dit. »

Mélanie : « Comme je vous ai dit, moi je suis quelqu'un de réservée donc tout ça j'y assiste oui, mais je prends pas la parole devant tout le monde. C'est propre à mon caractère. Après les médecins dans les staffs vont surtout demander aux infirmières en fait. Parce que pour moi, ils pensent que l'infirmière a plus de responsabilités, surtout par rapport aux médicaments. Ils nous demandent quand même mais c'est moins qu'aux infirmières quand même. »

Ces deux AS parlent donc également de participation mais qui est plus ponctuelle et soumise à la condition que leur travail soit terminé. Elles disent ne pas prendre la parole durant les staffs et évoquent une réserve naturelle ou de la timidité. Je me pose la question de la représentation qu'elles ont-elles-même de leur propre profession. S'agit-il du fait que l'on ne leur donne pas l'occasion de s'exprimer ? Une AS dit que les médecins s'adressent surtout aux IDE. Cette réflexion me renvoie encore une fois, à la place qui est accordée aux AS par les autres membres de l'équipe.

Je fais également le parallèle avec le fait que les IDE et les médecins ont un rôle qui est propre à leur fonction alors que les AS ne travaillent que par délégation. Je me demande alors si les AS ne voient pas leur rôle plus comme une aide auprès de l'IDE et non pas un rôle à part entière. Cette perception est peut-être renvoyée par la perception des autres catégories professionnelles ? cette réflexion personnelle est d'ailleurs appuyée par le fait que les deux AS qui se sentent écoutées par les autres professionnels et dont l'avis est pris en compte, elles se sentent utiles et participent activement au projet de soins. La reconnaissance et le sens sont donc des éléments moteurs de la participation des AS à la prise en charge globale du patient et donc au projet de soins.

Selon P. BERNOUX, le projet permet aux individus de comprendre les enjeux d'une action et de se l'approprier. Cette appropriation va alors favoriser la motivation au travail en permettant d'y donner du sens¹⁰⁸. M. REVERDY ajoute à ce sujet que en donnant du sens aux pratiques, le projet de soins permet d'entretenir une « *dynamique motivationnelle* » pour les soignants. En trouvant un sens à leurs actions par le projet de soins, les soignants seront davantage motivés et impliqués. Selon MACREZ, dans un travail collaboratif, la place de chacun doit être reconnue et que les différences de points de vue doivent être entendus. Les observations des aides-soignantes sont « précieuses et permettent de prendre des décisions de soins ».

Nous comprenons donc l'importance du sens au travail et de la reconnaissance comme leviers de participation des AS. La place accordée aux AS dans l'élaboration du projet de soins va donc influencer positivement sur leur participation.

D'après deux CDS interrogées, il est important de mettre du sens derrière une pratique pour que les AS s'y investissent. Elles doivent comprendre l'intérêt pour s'y intéresser. Le travail d'équipe dans le projet de soins est également important puisqu'il va permettre le partage d'un objectif, d'un but commun. Une des CDS ajoute que le sens passe surtout par la communication autour des objectifs des tâches, des projets. Inclure les AS dans les différents travaux ou projets contribue également à donner du sens car cela permet de leur en faire comprendre la finalité.

¹⁰⁸ BERNOUX P., « La sociologie des organisations », Editions du Seuil, 2009, 466p.

5 Synthèse et retour sur mes hypothèses de recherche

C'est lors de mon expérience en tant que Faisant fonction de cadre de santé que j'ai pu constater la difficulté pour les aides-soignants d'investir les espaces de réflexion sur le projet de soin du patient. Le travail d'initiation à la recherche demandé lors de la formation de cadre de santé a alors été une réelle opportunité pour m'interroger sur les raisons de ces comportements observés. L'objectif de ce travail était donc de pouvoir repérer des éléments qui pourraient me permettre, en tant que future cadre de santé, de favoriser la participation des aides-soignantes dans les différentes activités ayant attrait au projet de soins des patients.

Mes premières lectures sur la profession aide-soignante et sur le concept du projet m'ont permis de mettre en évidence une réelle complexité, un sentiment fort de dévalorisation et un besoin de reconnaissance majeure. La notion de « sens » donné au travail est également revenue régulièrement associée à la reconnaissance, la motivation et l'implication au travail. La nécessité pour les aides-soignants de donner du sens au projet pour s'y engager, et pour s'y impliquer et celle d'être reconnu par les pairs et la hiérarchie ont également été mis en avant. Les entretiens exploratoires réalisés auprès de deux cadres de santé m'ont également permis de conforter le fait qu'être intégré dans la réflexion et dans les projets est facteur de motivation et favorise donc la participation.

Le questionnement qui a découlé de cette phase exploratoire m'a ensuite permis de formuler ma question de recherche qui était la suivante :

En quoi la valorisation de la place des aides-soignantes dans le projet de soins peut-elle favoriser leur reconnaissance et donc leur participation ?

Afin de me permettre de répondre à cette question, en m'appuyant sur l'interprétation des résultats de l'analyse thématique réalisée à partir des entretiens menés auprès de quatre cadres de santé et quatre aides-soignantes, j'ai ensuite posé trois hypothèses.

Ma première hypothèse était la suivante :

✓ **La reconnaissance du travail de l'aide-soignante favorise sa participation.**

Comme nous l'avons ressenti dans les lectures ainsi que dans les entretiens menés auprès des aides-soignantes, la demande de reconnaissance est devenue une composante essentielle de la vie au travail.

Lors des entretiens menés auprès des aides-soignantes, nous avons pu constater que les médecins occupent une place particulière dans le sentiment de reconnaissance. Pour les aides-soignantes, ce sont eux qui portent particulièrement un jugement de beauté sur leur travail : *« Pour eux on est les yeux. On est leurs yeux. On est le corps soignant qui passe le plus de temps avec le patient. On parle plus avec eux. Ça c'est des choses qu'ils nous disent. Ils se rendent compte que nous on détient des informations des fois importantes qu'eux ne savent pas. »*. Sonia et Nathalie, deux des aides-soignantes interrogées rapportent alors qu'elles se sentent écoutées et valorisées. Elles se sentent utiles dans la prise en charge du patient. Les deux aides-soignantes qui ont rapporté ces propos se sentent bien dans leurs services et disent participer activement aux différentes activités de la prise en charge des patients (transmissions, staffs, projet de soin).

Maria et Mélanie, les deux autres aides-soignantes au contraire m'ont confié éprouver un sentiment de dévalorisation. Elles ont l'impression de ne pas exister. Maria et Mélanie m'ont donné l'impression d'être beaucoup plus en retrait au sein de l'équipe par rapport à Sonia et Nathalie. Pour elles, chacun travaille de son côté, les autres ne se préoccupent pas de leur travail. Elles ne se sentent pas écoutées. Elles éprouvent alors un sentiment de manque de reconnaissance qui a des répercussions négatives sur leur vécu au travail puisqu'elles verbalisent le fait de ressentir un véritable mal-être. *« Chez moi ça provoque un mal être. C'est clair. J'ai l'impression que je suis là pour pas aider le patient. C'est comme je vous disais tout à l'heure. Je suis un robot, je suis une machine. Et ça ça me rend mal. »*. Le manque de reconnaissance fait donc inévitablement souffrir. L'absence de reconnaissance va également favoriser la démotivation. Elles ne trouvent alors plus de sens à leurs tâches et il existe un réel découragement lié au sentiment de ne pas faire son travail comme on le souhaiterait. Au lieu de manifester leur mécontentement, elles vont alors préférer la passivité discrète et ne pas participer activement aux différentes activités liées au projet de soins du patient.

Les entretiens menés auprès des cadres de santé m'ont également permis de comprendre que reconnaître le travail c'est aussi faire évoluer la personne vers des tâches plus difficiles, lui confier des responsabilités, c'est lui faire confiance. C'est aussi faciliter son développement professionnel. C'est enfin avoir le courage de reconnaître ce qui n'est pas fait ou pas bien fait et prendre le temps d'aider la personne à progresser. C'est pour toutes ces raisons que les quatre CDS s'efforcent d'employer des stratégies managériales spécifiques aux aides-soignantes afin de les valoriser, leur adresser des signes de reconnaissance et leur permettre de se sentir reconnues. *« Vous avez des agents quand vous aller leur dire simplement merci, « merci pour ce que tu as fait, c'est bien bravo je te félicite », ces des agents qui finalement vont être boostés et qui vont vous apporter plus que prévu presque. Qui vont dire « ah ben je peux faire ça » il faudra même presque les freiner. »*

Nous l'avons également vu, selon Christophe DEJOURS, la reconnaissance est un élément essentiel de qualité de vie au travail puisque la psychodynamie du travail fait le lien entre le travail, la reconnaissance et la souffrance. Selon J.P. BRUN, la reconnaissance existentielle, par son incidence sur l'estime de soi, semble également favoriser aussi bien le développement personnel que l'efficacité dans le travail. La reconnaissance des résultats peut aussi devenir le moteur de l'individu au travail. Le professionnel, reconnu comme individu porteur d'intelligence, d'expertise se sentira alors valorisé pour ce qu'il est, ce qui favorisera le développement de l'estime qu'il a de lui-même. Ces professionnels valorisés, *« s'engageront plus aisément de façon positive et solidaire dans leur travail »*¹⁰⁹. Les travaux de MASLOW et HERZBERG, auteurs de la Théorie des besoins et de la Théorie des deux facteurs (insatisfaction et motivation) ont par ailleurs démontré que la reconnaissance, et l'estime sont à la base de la motivation. Elles favorisent donc la participation de l'individu au travail.

Ma première hypothèse qui était que **la reconnaissance du travail de l'aide-soignante favorise sa participation** est donc vérifiée.

¹⁰⁹ BRUN J-P. et DUGAS N., « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens », Gestion, Vol.30, février 2005, p.81

Ma seconde hypothèse était :

- ✓ **L'organisation des soins mise en place, peut être génératrice de sens au travail pour les aides-soignantes et ainsi favoriser leur participation.**

Comme nous l'avons compris, la reconnaissance au travail est un élément essentiel dans le processus de construction identitaire des individus, c'est aussi ce qui va permettre de donner un sens à leur travail. Le sens au travail est un besoin de l'individu qui va conditionner son vécu au travail. Il devient alors une réelle préoccupation managériale.

Comme nous avons pu le constater au cours des entretiens avec les professionnels, les aides-soignantes ont besoin de comprendre ce qu'elles font, le but, l'intérêt afin de s'investir. Il est important de mettre du sens derrière la pratique. Les cadres de santé interrogées insistent sur ce fait. Sabrina, une des CDS disait à ce titre : *« Je vous dirais bien que l'important c'est qu'elles comprennent que ce qu'elles font est important. Si elles font les choses sans en être convaincues, au bout d'un moment elles arrêteront. Oui je crois que si elles comprennent l'intérêt, elles participeront plus. »*

L'organisation des soins était également ressortie au cours de ces entretiens comme étant un élément auquel les CDS devaient veiller afin de permettre aux AS de valoriser leur place au sein de l'équipe et de comprendre l'intérêt de leur participation au projet de soins. Selon les cadres de santé, c'est par la communication et l'information autour des objectifs de prise en charge du patient que le travail d'équipe permettrait de donner du sens aux pratiques. Le travail d'équipe permet en effet le partage d'un but, d'un objectif commun. La collaboration entre les différentes catégories professionnelles a également été mise en avant lors des entretiens. En permettant que des échanges collaboratifs puissent avoir lieu dans les services, le cadre de santé favorise la reconnaissance des aides-soignants par leurs pairs et permet donc donner un sens à leur travail.

Nous avons également pu voir que selon D. AUTISSIER, le sens au travail résultait d'une dynamique collective où les individus interagissent entre eux. *« C'est au cours de ces échanges qu'il réalise ses actions et construit du sens »*¹¹⁰. Ce sont donc les échanges et les interactions entre individus qui vont permettre de créer du sens. Le sens favorisera alors l'engagement.

Nous avons également vu que les cadres de santé veillaient à inclure les AS dans les différents travaux ou tâches dans l'organisation du service. Elles veillaient à les responsabiliser. Tout cela va contribuer également à donner du sens car cela permet de leur faire comprendre la finalité. A ce titre, J.F. POPIELSKI expliquait que les soignants étaient en perpétuelle recherche de sens. La mission du cadre de santé est donc de *« redonner du sens au travail s'il veut fédérer les soignants autour du projet de soins centré sur le patient »*.¹¹¹ C'est en exerçant son rôle dans l'organisation des soins que le cadre pourra alors redonner du sens au travail des soignants en leur permettant de retrouver les quatre univers de la création du sens qu'ont décrit AUTISSIER et WACHEUX¹¹² : la contribution et la participation à un projet, la solidarité et la coopération dans le groupe, la professionnalisation et le sentiment d'appartenance.

¹¹⁰ AUTISSIER D. et WACHEUX F., « Manager par le sens, les clés de l'implication au travail », Paris, Editions Eyrolles, 2007, p. 21

¹¹¹ POPIELSKI J.F., « Donner ou redonner du sens au travail, la valeur ajoutée du cadre », Soins cadres, n°87, aout 2013, p. 15

¹¹² AUTISSIER D. et WACHEUX F., Ibid., p.26

Je peux donc dire que ma seconde hypothèse qui était que **l'organisation des soins mise en place, peut être génératrice de sens au travail pour les aides-soignantes et ainsi favoriser leur participation** est vérifiée.

Pour terminer, ma troisième hypothèse était que :

- ✓ **Le projet de soins est un outil permettant de donner du sens au travail et participant au développement d'une dynamique motivationnelle auprès des aides-soignantes.**

Lors des entretiens menés auprès des professionnels, le projet de soins a été évoqué comme étant formalisé dans tous les services. Il est également ressorti que le projet de soins était avant tout un travail en collaboration notamment avec les IDE puisque la majorité des personnes interrogées a parlé spontanément du binôme AS/IDE.

Le binôme AS/IDE est une organisation qui permet d'associer des compétences complémentaires pour atteindre un but commun. Ce binôme, également évoqué par les cadres de santé est une organisation qui peut être bénéfique pour la valorisation et la reconnaissance des aides-soignantes à condition que celles-ci aient une place qui leur soit réellement accordée. Certains binômes ne fonctionnent pas bien car les IDE n'accordent pas suffisamment de place aux AS. Pour exemple, elles centralisent les informations et font les transmissions des soins réalisés par les AS.

Le projet de soins a bien été identifié comme permettant un travail collectif et pluridisciplinaire par deux des AS interrogées. Elles participent à ce projet et s'investissent car elles ont le sentiment que leur présence, notamment lors des staffs est bénéfique pour la prise en charge des patients. Ce sont ces deux même AS qui ont été en mesure de m'expliquer ce qu'était le projet de soins et en quoi il consistait. Elles ont également su m'expliquer qu'elle était leur place dans celui-ci et ce qu'elles pouvaient apporter en tant qu'aides-soignantes. Il s'agit donc, comme le dit M. RIVERDY d'une « *dynamique réflexive commune et une collaboration des différents partenaires qui permettent de penser le soin et d'accéder à une cohésion nécessaire au bon fonctionnement d'une équipe autour d'un projet* ». ¹¹³ Nous avons donc pu identifier que le CDS doit veiller à l'organisation et à la place de chacun dans ce projet pour que tous puissent l'identifier et en comprendre le sens.

Les deux autres aides-soignantes ont également évoqué le projet de soins mais n'ont pas réellement su m'expliquer en quoi il consistait. Elles m'ont effectivement parlé du staff hebdomadaire mais m'ont confié qu'elles n'y participaient pas ou très peu. Leur participation est également dépendante de leur activité. Elles m'ont également confié que leur présence ne « changeait rien » puisque les médecins ne s'adressaient qu'aux IDE. Elles ne voient donc pas l'intérêt d'y participer et n'ont donc pas saisi le sens de leur présence. Elles m'avaient également évoqué un manque de communication avec les autres catégories de professionnels. Elles ne se sentaient pas écoutées. L'adhésion au projet ne peut donc se faire de façon optimale puisque selon BOUTINET¹¹⁴, le projet implique un travail d'équipe qui va demander aux individus de communiquer et de coopérer.

P. BERNOUX explique également que c'est le projet qui va permettre aux individus de comprendre les enjeux d'une action et de se l'approprier mais également favoriser la motivation au

¹¹³ REVERDY M., « Le cadre de santé porteur du projet de soin individualisé au sein de l'équipe soignante », Cadre de santé.com, avril 2012

¹¹⁴ BOUTINET J. P., « Anthropologie du projet ». 2^{ème} édition, Presses Universitaires de France, 2012

travail en permettant d'y donner du sens. De plus, pour qu'un travail collaboratif puisse se faire, il faut que chacun ait une place qui lui est accordé et que les points de vue de chacun puissent être entendus. Dans un projet de soins qui doit être le fruit d'un travail collectif pluridisciplinaire, chacun doit pouvoir « mettre sa pierre à l'édifice ».

Nous pouvons donc aisément comprendre que la place accordée aux AS dans l'élaboration du projet de soins et dans ce travail collaboratif va avoir une influence sur leur participation au travail. J'en conclus donc que ma troisième hypothèse est validée.

Je peux donc affirmer que la valorisation de la place des aides-soignantes dans le projet de soins favorise donc leur reconnaissance et leur participation.

Conclusion

Ce travail est l'aboutissement de mon année de formation au sein de l'IFCS de l'ESM. Il m'a permis de répondre à mes interrogations de départ, nées de mon expérience professionnelle en tant que faisant fonction de cadre de santé.

Tout au long de ce travail de recherche, je me suis attachée à démontrer l'intérêt de la reconnaissance et de la valorisation de la place de l'aide-soignante dans l'organisation des soins. Ce travail m'a permis de donner un éclairage supplémentaire sur les caractéristiques et les particularités de la profession aide-soignante. Du côté des AS, mieux appréhender leurs rôles et missions, se sentir reconnue au sein d'une équipe pluridisciplinaire leur permet de mieux accomplir leurs fonctions et de s'y investir pleinement. La reconnaissance de l'aide-soignante aura également un retentissement positif sur la qualité de prise en charge, l'amélioration organisationnelle des services de soins. C'est également cette reconnaissance de la place de l'aide-soignante qui ne pourra que favoriser la collaboration avec les autres professionnels de santé.

En tant que future cadre de santé, ce travail m'a également permis de comprendre que la reconnaissance et le sens sont des leviers sur lesquels le cadre peut s'appuyer afin d'amener les professionnels, notamment aides-soignants à participer activement dans l'organisation des soins et l'élaboration du projet de soins des patients.

A l'issue de ce travail de recherche, il me semble important de souligner que l'élaboration du projet de soins est un travail de collaboration ou de coopération entre différentes catégories professionnelles. Cependant, j'ai pu identifier lors de mon enquête que c'était justement cette coopération qui était bien souvent identifiée comme « compliquée » par manque de compréhension, de communication entre les professionnels. Il me semble donc important, en tant que future cadre de santé amenée à manager « l'interprofessionnalité » de me questionner à ce sujet.

En quoi le management du cadre de santé peut-il permettre de fédérer les compétences d'une équipe pluridisciplinaire afin d'offrir une qualité de prise en charge optimale aux patients ?

Pour terminer, il ne faut pas oublier que le monde hospitalier est en constante évolution. L'histoire nous rappelle que l'évolution de la profession infirmière s'est faite grâce aux progrès techniques et médicaux ainsi qu'à un nécessaire transfert de compétences médicales vers le paramédical. Nous savons également que l'évolution démographique engendre un vieillissement de la population et donc des prises en charges de personnes âgées dépendantes de plus en plus complexes. Il peut sembler donc très probable, compte tenu de la réingénierie des études infirmières ainsi que des évolutions en matière de politique de santé visant à favoriser la coopération interprofessionnelle, que nous pourrions assister dans les années à venir à la construction d'une nouvelle identité professionnelle aide-soignante.

Bibliographie

Ouvrages :

ARBORIO A.M., « Un personnel invisible - Les aides-soignantes à l'hôpital ». Paris, 2^{ème} Edition, Economica, 2012, 334 p.

AUTISSIER D. et WACHEUX F., « Manager par le sens, les clés de l'implication au travail », Paris, Editions Eyrolles, 2007, 244p

BELKHIRI A., « Aide-soignante : un métier toujours dévalorisé et occulté malgré des tâches valorisées et aussi réalisées par d'autres professionnels » In BLANCHARD, H., & LE DANTEC, E. (Eds.), « La vieillesse des uns et le travail des autres », Presses universitaires de Perpignan, 2008, 195 p.

BERNOUX P., « La sociologie des organisations », Editions du Seuil, 2009, 466p.

BOUTINET J. P., « Anthropologie du projet ». 2^{ème} édition, Presses Universitaires de France, 2012, 464 p.

DUBAR C., « La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles ». Ed Armand Colin, 5eme édition, 2015, 256 p.

HONNETH A., « Modèles de reconnaissance intersubjective. Amour, droit, solidarité », in : « La lutte pour la reconnaissance, traduit de l'Allemand par Pierre Rusch, Passages », Paris, Les éditions du cerf, pp. 113-160

HUGUES C. Everett, « L'étude du travail et des métiers », in : « Le regard sociologique, essais choisis », Paris, édition de l'école des hautes études en sciences sociales, 2004, pp. 59-136

MAGNON R., DECHANOZ G., « Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière », Amiec recherche, 2001, 376p.

MINTZBERG H., « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre », Editions d'organisation, septembre 2006, 284p.

MUCCHIELLI R., « Le travail en équipe - Clés pour une meilleure efficacité collective », Paris, ESF Editions, 2007, 208 p.

PAPERMAN P., LAUGIER S., « Le souci des autres. Ethique et politique du care », Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2006

RODET P. et DESJACQUES Y., « Le management bienveillant », Paris, Editions Eyrolles, 2017, 168 p

TAVIGNOT P. « La professionnalisation : un paradoxe ou un consensus au service de l'expérience professionnelle », in WITTORSKI R., « Formation, travail et professionnalisation », Paris, Collection action et savoir, 2005

VAN CAMPENHOUDT L., QUIVY R. « Manuel de recherche en sciences sociales ». Paris, Dunod, 1995, 272p.

Articles :

BOUTINET J.P., « En quoi un projet peut-il faire sens ? », Soins cadres, n°87, août 2013, pp. 16-18

BOUTINET J. P., « Intérêt et limites du management par projet », Soins cadres, n°57, février 2006, pp. 61-64

BUCHET-MOLFESSIS C., « Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés », Recherche en soins infirmiers n°92, janvier 2008, p. 68-94

BRUN J-P. et DUGAS N., « La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens », Gestion, Vol.30, février 2005, pp. 79-88

CAUSSE L., « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté », in « Le bas de l'échelle. La construction sociale des situations subalternes », SALIES P., LE LAY, S., 2006, pp.67-79

D'AMOUR D. et al., « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », Sciences sociales et santé, vol 17, n°3, septembre 1999, pp 63-92

DIEZ R. et CARTON P., « De la reconnaissance à la motivation au travail », L'Expansion Management Review, n°150, mars 2013, pp. 104-112

FENDER R., MANGEMATIN Y., HUSSON J., GEORGE D. et ALBRECHT A., « Redonner du sens au travail : Essai de modélisation de la reconnaissance au travail », Projectics / Proyéctica / Projectique, n°8-9, février-mars 2011, pp. 51-65

GERNET I. et DEJOURS C., « Evaluation du travail et reconnaissance », Nouvelle revue de psychosociologie, n°8, février 2009, pp. 27-36

GOURSAUD C., « L'écriture aide-soignante, difficultés rencontrées et pistes d'amélioration », L'aide-soignante n°103, janvier 2009, pp.12-13

HALPERN C., « L'ère du care » Revue Sciences Humaines, 2006

HERON M. « L'hygiène hospitalière d'hier à aujourd'hui », Soins Aides-Soignantes n°26, février 2009, p.1

IMBERT G., « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », Recherche en soins infirmiers n°102, mars 2010, p. 23 à 34

KOHN L. et CHRISTIAENS W., « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », Reflets et perspectives de la vie économique, avril 2014, Tome LIII, p. 67 à 82

LEROY C. et RAGOT E., « L'aide-soignante, un partenaire incontournable pour le projet de soins », L'aide-soignante, n°125, mars 2011, pp. 28-30

LHULLIER D., « Le sale boulot », <https://www.cairn.info/revue-travailler-2005-2-page-73.htm>

MACREZ P., « La collaboration infirmière/aide-soignante au service du projet de soins », L'aide-soignante, n°115, mars 2010, pp. 24-25

MORIN E. M. et FOREST J., « Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail », Gestion, vol. 32, février 2007, pp. 31-36

NIGEON A., « Les facteurs d'implication et de satisfaction au travail chez les aides-soignantes en gériatrie ». Soins Aides-Soignantes n°7, Décembre 2005, p. 28-29

PEOCH N., « De la reconnaissance dans la construction de l'identité des professionnels de santé », Soins Cadres n°102, mai 2017, p. 19-21

POPIELSKI J.F., « Donner ou redonner du sens au travail, la valeur ajoutée du cadre », Soins cadres, n°87, aout 2013, p. 15

REVERDY M., « Le cadre de santé porteur du projet de soin individualisé au sein de l'équipe soignante », Cadre de santé.com, avril 2012

ROUSSELY B., « Analyse de pratiques et sens au travail », Soins cadres, n°87, aout 2013, pp. 36-39

SCHEPENS F., « Participer pour rendre le travail possible. Les « staffs » en unités de soins palliatifs », Sociologie du travail, n°57, janvier 2015, p1-19

TILMAN F., « Pluralité des formes de la « participation » Une définition par comparaison », META Atelier d'histoire et de projet pour l'éducation, 2007

VERBEKE L., « La reconnaissance au service de l'efficience des soins », Soins cadres, n°87, aout 2013, pp. 33-35

Textes législatifs :

Décret n°89-241 du 18 avril 1989 portant statut particulier des aides-soignants et des agents des services hospitaliers de la fonction publique hospitalière

Arrêté du 22 octobre 2005 – article 1^{er}, relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant

Webographie :

www.cnrtl.fr

www.larousse.fr

www.academie-francaise.fr

www.has-sante.fr, « Repères concernant la notion de projet », ANESM, 2009

Table des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien des aides-soignants

Annexe 2 : Grille d'entretien des cadres de santé

Annexe 3 : Retranscription d'entretien aide-soignant

Annexe 4 : Retranscription d'entretien cadre de santé

Annexe 1

Grille d'entretien des aides-soignants

Grille d'entretien des Aides-soignantes

Il est précisé à chaque début d'entretien que celui-ci se déroule de façon anonyme et qu'il s'agit avant tout d'une discussion. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse. Chaque entretien est enregistré après avoir demandé l'accord de la personne interviewée.

Thème 1 : la profession Aide-soignante

- ✓ Pourriez-vous me parler du métier d'aide-soignant ?
- ✓ Qu'est ce qui fait que vous êtes devenu aide-soignant ?
- ✓ Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

Thème 2 : la reconnaissance

- ✓ Pourriez-vous me parler de la façon dont se passe votre travail avec les autres professionnels du service ?
- ✓ Selon vous, quel regard portent les autres professionnels du service sur votre fonction ?
- ✓ Quel est votre ressenti par rapport à la façon dont les autres professionnels du service perçoivent votre fonction ?
- ✓ Quels sont, pour vous, les effets de leur perception sur votre vécu au travail ou votre façon de travailler au quotidien ?
- ✓ *Si l'AS évoque le manque de reconnaissance* : Selon vous, qu'est ce qui pourrait influencer la perception de votre fonction ?

Thème 3 : la participation aux différentes activités

- ✓ Pourriez-vous me parler de votre participation dans les différentes activités liées à la prise en charge des patients ? les transmissions écrites/orales, staffs, réunion, groupes de travail
- ✓ Qu'est-ce, qui selon vous, pourrait vous inciter à participer à certains groupes de travail, réunions, ou à la mise en œuvre de projets au sein de votre service ?
- ✓ Selon vous, qu'est ce qui peut donner du sens à une tâche ou une activité à effectuer ?

Thème 4 : le projet

- ✓ Pourriez-vous me parler de la prise en charge des patients dans votre service
- ✓ Existe-il un projet de soins formalisé au sein de votre service ?
- ✓ Comment y contribuez-vous ?

Annexe 2

Grille d'entretien des cadres de santé

Grille d'entretien des cadres de santé

Il est précisé à chaque début d'entretien que celui-ci se déroule de façon anonyme et qu'il s'agit avant tout d'une discussion. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse. Chaque entretien est enregistré après avoir demandé l'accord de la personne interviewée.

Thème 1 : la profession Aide-soignante

- ✓ Pourriez-vous me parler de votre conception de la profession d'aide-soignant ?

Thème 2 : la reconnaissance

- ✓ Pourriez-vous me parler de la façon dont se passe la collaboration des AS avec les autres professionnels du service ?
- ✓ Selon vous, quel regard portent les autres professionnels du service sur la fonction d'aide-soignant ?
- ✓ Quel regard portez-vous sur les aides-soignants de votre unité et leur travail ?
- ✓ Pourriez-vous me parler des stratégies managériales que vous utilisez pour manager les aides-soignants ?
- ✓ Diffèrent-elles de celles employées avec les autres professionnels du service ? si oui, pourquoi ?
- ✓ Quels sont pour vous les effets de la reconnaissance sur leur vécu au travail ?

Thème 3 : la participation des AS aux différentes activités

- ✓ Pourriez-vous me parler de la participation des aides-soignants dans les différentes activités liées à la prise en des patients ? les transmissions écrites/orales, staffs, réunion, groupes de travail
- ✓ Qu'est ce qui pourrait selon vous influencer sur la participation des aides-soignants dans ces différentes activités ?
- ✓ Selon vous, qu'est ce qui peut donner du sens à une tâche ou une activité à effectuer ?
- ✓ En tant que cadre de santé, comment faites-vous pour donner du sens aux différentes tâches à effectuer ?

Thème 4 : le projet

- ✓ Existe-il un projet de soins formalisé au sein de votre service ?
- ✓ Qui participe à l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins du patient ?
- ✓ **Si évoque les AS** : Vous m'avez parlé des AS, à quelle hauteur y contribuent-elles ?
- ✓ **Si n'évoque pas les AS** : Vous ne m'avez pas évoqué la place des AS dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce projet, quelles en sont selon vous les raisons ?

Annexe 3

Retranscription d'entretien Aide-soignant

Thème 1 : la profession Aide-soignante

✓ **Pourriez-vous me parler du métier d'aide-soignant ?**

Mon métier c'est prendre en charge les patients. Leur donner tous les soins de confort qu'il faut. Moi avant tout c'est un choix de travailler en gériatrie. C'est prendre soins des gens, faire en sorte qu'ils aient tout ce qu'il faut. C'est difficile à expliquer comme ça, le dire oralement c'est compliqué, nous on le vit au quotidien. C'est pas un métier facile. Les jours ne se ressemblent pas en fait. Il y a des journées plus dures que d'autres. Après on prend en compte le fait que les gens souffrent, que c'est pas rigolo d'être hospitalisé déjà. Moi j'arrive à passer outre. En fait ça dépend des gens, des caractères. Il y a des gens qui sont plus difficiles, qui ne communiquent pas spécialement. Ils sont un peu sur la défensive. Il faut tenir compte de tout ça. Le contexte fait que la relation peut être un peu compliquée des fois. On apprend après au fur et à mesure à gérer tout ça.

✓ **Qu'est ce qui fait que vous êtes devenu aide-soignant ?**

Moi en fait, ça s'est fait vraiment par hasard parce que j'étais pas du tout dans le médical. Je ne connaissais pas du tout en fait. Le milieu hospitalier c'était pour moi un peu l'inconnu. Je savais même pas qu'il y avait des AS. Pour moi l'hôpital c'était les IDE, les médecins et ça s'arrêtait là. Donc en fait j'ai commencé à travailler, ça n'avait rien à voir et après en discutant avec mon entourage... après j'ai pris un congé parental de trois ans et je me suis remise un peu en question. Je me suis dit qu'il va falloir que je fasse quelque chose vraiment qui me plaise ou voilà, où je me lève le matin et je suis contente d'aller travailler. Où je me sente bien, où je m'épanouisse. Et puis en discutant avec mon entourage, bah j'ai rencontré une AS et elle m'a parlé de son métier. Là je me suis dit tiens, pourquoi pas, ça me correspondrait par rapport à mon caractère. Aider les gens, voilà, pourquoi pas. Et ça s'est fait assez rapidement. J'ai passé le concours et tout s'est enchaîné en fait. Et après je me suis dit ouais c'est ça que je voulais. Et je ne regrette rien.

✓ **Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?**

En sortant de l'école, j'ai travaillé en Ehpad, pendant 8 ans. C'était un choix. Je voulais être dans la gériatrie, je voulais m'occuper des personnes âgées. Après j'ai eu l'opportunité de venir sur l'hôpital parce qu'ils ont ouvert le service de SSR où je suis aujourd'hui. Je me suis dit pourquoi pas. J'avais envie de voir autre chose. Ça change. C'est deux mondes complètement différents. Plus voir la rééducation. Mais la maison de retraite je ne regrette rien. Ça a été super formateur pour moi. J'ai pas commencé par le plus facile parce que j'étais en plus dans un service de gens vraiment grabataires. Il fallait tout faire. Au niveau nursing il fallait faire la toilette complète de la personne, tout... mais par contre il y avait beaucoup d'entraide. Il y avait des collègues avec qui je travaille encore maintenant d'ailleurs. On s'est un peu suivi. On en reparle toujours. Pour nous ça a été

difficile c'est vrai mais en même temps c'est des bons souvenirs. Et puis moi c'est vrai qu'au niveau professionnel ça m'a beaucoup apporté, vraiment. Je me rends compte maintenant. Parce que maintenant on est appelé à aller en médecine physique. Et maintenant on va en HDJ aussi. On peut être détachées si on est en plus, et aller au SSR cardio aussi. On tourne beaucoup. Ça m'a du coup beaucoup servi moi la maison de retraite. Je regrette rien franchement. Le SSR c'est toujours la personne âgée aussi.

Thème 2 : la reconnaissance

- ✓ **Pourriez-vous me parler de la façon dont se passe votre travail avec les autres professionnels du service ?**

Moi quand j'ai décidé de rester au SSR c'était aussi parce que j'avais mes collègues qui suivaient. On était 4 en fait donc on se connaissait et je savais que c'était des collègues avec qui on s'entendait très bien. On avait une certaine qualité de travail aussi. Je savais qu'avec ces collègues-là, ça allait rester quoi. Le médecin je savais aussi qui ça allait être donc... c'est un médecin qui est très à l'écoute de son personnel. Pour moi c'est important. C'est des médecins qui écoutent leur personnel, enfin leurs aides-soignantes entre autres. On fait des staffs aussi donc... on discute beaucoup entre nous. C'est un échange, quand il y vraiment des choses importantes. Je pense que chacun apporte sa pierre à l'édifice en fait. On est tous complémentaires. Moi je sais que quand j'étais en Ehpad, on avait un médecin qui est la retraite maintenant, il nous disait mes aides-soignantes sont mes yeux. Au niveau des kinés c'est un peu plus compliqué. On avait des kinés avant qui venaient mais maintenant c'est un peu compliqué. On a réussi à mettre en place par contre le fait que nos patients descendent. Jusqu'à maintenant, nos patients restaient toujours à l'étage. Ils restaient dans le couloir mais voilà... ils marchaient pas grand-chose à part marcher devant leur chambre. Ça a été dur mais on y est arrivé. Donc ça c'est génial franchement. Le MPR nous a apporté beaucoup de choses finalement c'est très bien. Bon au début c'est un peu l'inconnu. Réunir deux équipes... c'est un peu compliqué au début mais bon...le temps de se connaître tous. Mais en fait je pense que ça apporte beaucoup de choses. Ça nous a apporté ça entre autres la rééducation, pouvoir faire descendre nos patients. La salle à manger aussi. On a certains patients, surtout ceux qui se sentent un peu seuls dans leur chambre. On les force pas après mais voilà il y en a qui sont très... vraiment ravis de venir et puis en même temps ça les stimule beaucoup au niveau de l'alimentation. Quand ils se retrouvent seuls dans leur chambre c'est un peu compliqué ils ont pas envie, ils ont pas l'appétit. Alors que là ils peuvent discuter. Ça c'est bien. C'est les petits plus qui font que...

Avec la cadre ça se passe très bien. Moi je suis très contente d'avoir Mme J. avec nous. Elle est très à l'écoute de son personnel. Quand on a besoin elle est là, elle est dispo. Rien à dire franchement.

Avec les IDE, nous au SSR on est en binôme. Au niveau de l'effectif on est que 2 donc après ça dépend du travail qu'elles ont à faire aussi parce qu'elles ont beaucoup de travail aussi. Il y a des périodes où elles on pas mal de soins qui prennent du temps. Donc elles on pas vraiment le temps de se détacher le matin pour les toilettes. Mais ça on peut comprendre, c'est normal. Après quand elles peuvent elles nous aident quand c'est des toilettes avec des patients où il faut 2 personnes. On n'a pas le choix donc là on se détache. On n'est pas sectorisé ni référents de patient. On suit le

secteur d'une IDE. On est juste sectorisé pour se répartir au niveau des toilettes le matin. On est 1 AS et 1 IDE pour 10 patients. En MPR elles sont un peu plus nombreuses donc elles viennent nous aider. Ça c'est bien. Y a certaines périodes où c'est dur. Ça commence à... Bon ça a été dur au début par ce que c'est vrai que quand on sectorise... nous c'était que du plus pour nous mais après le changement, tout ça, c'est toujours compliqué... mais bon ça s'est mis en place petit à petit. On a eu des nouvelles collègues et ça fait du bien.

- ✓ **Selon vous, quel regard portent les autres professionnels du service sur votre fonction ?**

Ba moi je sais que comme je vous dis si je rencontre une difficulté avec un patient, moi je vais voir le médecin et elle est dispo, elle est là. Elle va se déplacer de son bureau pour voir le patient. De ce côté-là il n'y a pas de problème. Après souvent on passe par l'IDE qui va appeler le médecin.

- ✓ **Quel est votre ressenti par rapport à la façon dont les autres professionnels du service perçoivent votre fonction ?**

Non moi franchement, jusqu'à maintenant je suis pas du tout frustrée par rapport à ça, par rapport à comment on me traite. Je me sens pas même dévalorisée ou quoi que ce soit. C'est pour ça que je suis bien où je suis et que je suis pas près d'aller voir ailleurs.

- ✓ **Quels sont pour les effets de leur perception sur votre vécu au travail ou votre façon de travailler au quotidien ?**

Moi en fait déjà je viens pas travailler avec la boule au ventre. Je suis contente de venir travailler. Je viens pas avec la boule au ventre, j'ai pas envie de changer, je suis bien dans mon rôle d'AS. J'ai pas envie de faire l'école d'IDE. J'ai pas du tout envie. J'adore mon métier ? ça me donne envie de travailler.

Thème 3 : la participation aux différentes activités

- ✓ **Pourriez-vous me parler de votre participation dans les différentes activités liées à la prise en charge des patients ? les transmissions écrites/orales, staffs, réunion, groupes de travail**

Alors moi pour l'instant mon projet c'était de former des élèves. Voilà, ça moi j'adore. J'adore faire ça. Là il faut que je fasse la formation tutorat mais ça va venir. C'est au mois de mars je crois. Enfin bref, j'ai hâte. Déjà ça moi j'aime bien, parce que j'ai envie de donner envie, leur faire aimer ce métier là et pas simplement leur montrer le fait que ça peut être un métier un peu dévalorisant. L'aide-soignante elle fait beaucoup de nursing mais bon après y a pas que ça non plus. Et

heureusement. C'est ce que j'aime en fait dans ce métier-là, c'est que ça nous permet de passer un petit peu plus de temps avec le patient et d'être à l'écoute. Ça nous permet de prendre en compte tout ce qu'ils nous disent comparé au médecin ou même à l'infirmière qui va passer pour un soin. On est beaucoup plus dans l'intime avec les patients. Du coup les patients ont tendance à se confier plus à nous. C'est une relation qui est complètement différente d'avec l'infirmière. Le relationnel c'est important. C'est ce que j'aime. Et c'est ce que je veux montrer aux élèves. Leur montrer aussi les bons côtés du métier et leur donner envie. En plus j'ai beaucoup de patience donc ça se passe bien généralement avec les élèves. En plus il faut se rappeler aussi qu'on est passé par là, qu'on a aussi été des élèves et que quand on tombe sur quelqu'un qui est pas très sympa et qui a pas envie et bien ça peut être compliqué, ça peut dégouter du métier. Ceci dit moi j'ai une très mauvaise expérience du tout début quand j'ai fait mes démarches pour faire mes études, on m'avait fait faire un stage en me disant voilà fait quand même un stage avant pour être sûre que ça soit vraiment ça que tu veuilles faire. Donc j'ai fait un stage dans une EHPAD mais j'ai pas eu une bonne expérience, c'était peut-être pas une bonne EHPAD ou je sais pas, mais j'ai pas gardé un bon souvenir. Dans leur façon de travailler je me suis dit ba si c'est ça je préfère faire autre chose, c'est pas ce que je cherche. Ça m'a fait un peu peur. Après je me suis dit en fait faut pas en rester là. Je me suis dit, j'espère que c'est pas comme ça partout. Mais comme je voulais vraiment faire ce métier, je me suis accrochée mais au début ça m'a un peu refroidi.

Après donc je forme les élèves. Pour les staffs, en fait, moi je suis pas non plus une grande bavarde, je suis assez réservée. Mais quand il faut et que c'est important, je dis les choses. Après c'est vrai que comme on travaille beaucoup en binôme avec les IDE, en fait on est très complémentaires. On parle beaucoup entre nous aussi. Moi je sais que je communique beaucoup avec l'IDE, avec le médecin aussi. Bon après e médecin on peut pas toujours non plus le solliciter mais oui s'il y a besoin lui il nous demande comment ça se passe le matin pour la toilette. Donc nous on dit mais parfois on est pas trop sollicité parce que c'est pas évident au niveau de l'organisation, le fait de tourner et de changer de service. On peut rester très longtemps dans un service, ça dépend du roulement en fait. La du coup vos patients, vous les oubliez, vous les voyez pas pendant plusieurs jours. Il peut y avoir beaucoup de changements et on est pas forcément au courant, donc des fois c'est un peu compliqué. Du coup quand on se retrouve après à retourner dans le service et qu'il y a le staff le lundi, là ba vous êtes un peu paumée quoi. On est un peu perdu quand on nous demande comment ça se passe avec un patient, on a pas trop de recul. Mais bon après, on se tient au courant quand même.

Pour les transmissions, moi je fais quand c'est vraiment important. Tout ce qui est fiche alimentaire, surtout avec les personnes âgées, c'est pas évident avec eux surtout au niveau de l'alimentation. Il faut quand même un suivi. Pour les transmissions écrites après y a pas toujours le suivi d'une personne à une autre. Nous on a été habitué en fait, comme j'ai toujours travaillé dans la gériatrie, à faire surtout tout ce qui était alimentaire, les fiches alimentaires, c'est super important. Donc pour nous ça devient un réflexe. Mais c'est pas forcément le cas pour mes collègues qui ont travaillé dans un autre service pendant longtemps. Elles ont pas forcément le réflexe de le faire. Quand c'est comme ça en fait on fait des enveloppes pour laisser des messages aux collègues, comme ça quand elle tombe dessus, elle pense à le faire.

✓ **Qu'est-ce, qui selon vous, pourrait vous inciter à participer à certains groupes de travail, réunions, ou à la mise en œuvre de projets au sein de votre service ?**

Alors moi je participe pas plus que ça, à des groupes de travail. Mais pour les staffs, les transmissions... moi le problème c'est que je m'investis beaucoup quand je suis sur ma journée de travail, vraiment. Donc quand je rentre chez moi, je suis lessivée. Et du coup c'est vrai que moi les groupes de travail c'est intéressant c'est sûr, ça peut nous apporter beaucoup de choses. J'ai des collègues qui participent et qui font des groupes de travail mais par contre y pas trop de retour, ça communique pas beaucoup par rapport à tout ça. J'avais fait il y a longtemps, quand on était sur l'ancien hôpital, avec un cadre, j'avais participé à un groupe de travail sur les escarres. Donc là c'était super intéressant par ce qu'en fait y avait plein d'AS et d'IDE de différents services. On essayait de trouver les meilleures solutions à apporter pour prendre en charge et prévenir les escarres. Là ça a été un genre de groupe de parole et c'était pas mal. C'était intéressant et j'avais bien aimé. C'était une expérience assez sympa. Bon après c'est vrai que je me suis pas remise là-dedans en fait.

✓ **Selon vous, qu'est ce qui peut donner du sens à une tâche ou une activité à effectuer ?**

En fait c'est surtout que je pense que chacun a son mot à dire. On a tous une approche différente. Tout le monde peut prendre la parole, de ce côté-là y pas de soucis. On fait comme un tour de table en fait. En fonction de ce qui est demandé, l'alimentation ça va être la diététicienne. D'ailleurs la diététicienne en fait, quand elle arrive le lundi elle a ses petits mots sur son répondeur. Quand je suis de weekend souvent je lui laisse des petits messages. Elle est très sympa et on échange beaucoup. C'est complémentaire en fait entre elle et nous. Elle c'est vrai qu'en tant que diet c'est plus un travail sur l'alimentation, mais nous aussi parce que c'est nous qui constatons au niveau des repas si c'est fini ou pas, si la personne demande quelque chose en particulier, les régimes et tout ça. Donc chacun a sa partie. Les kinés c'est pareil, ils vont nous demander comment ça se passe avec nous dans le service avec le patient le matin. Ça c'est important. C'est même très important parce qu'on va pas forcément au plateau technique, on a pas le temps. Même si maintenant ion tourne au niveau de l'HDJ, des fois on a du temps sur notre journée. On peut avoir un peu de temps pour aller sur le plateau technique et ça c'est très bien. Comme ça on voit nos patients. On voit le travail qui est fait. Souvent d'ailleurs c'est complètement différent de ce que nous on voit dans le service. Souvent les patients essayent un peu de nous amadouer. Ils disent qu'ils peuvent pas et en fait on se rend compte qu'avec le kiné ils peuvent faire pleins de choses. Avec eux, tout va bien, toujours. C'est sûrement parce que les patients sont plus en confiance je pense. C'est vrai que les kinés c'est leur métier. Ils sont un peu plus fermes aussi. Ils sont à plusieurs. Nous souvent les patients ont pas trop confiance avec nous. Ils ont peur qu'on les fasse tomber. Ils sont pas trop rassurés. Donc du coup c'est bien aussi de voir, d'écouter ce que le kiné a à dire par rapport au travail qu'il fait avec le patient. C'est important aussi qu'ils aient le retour que nous on a aussi de ce qui se passe ici avec nous. Comme ça nous ça nous apprend des choses aussi et du coup la prise en charge est différente. Et pour eux aussi, ils savent un peu mieux ce qu'on fait. Pour les patients du coup c'est marrant parce qu'on leur dit : « ah il paraît qu'avec les kinés vous faites ci ou vous faites ça... ». Donc en fait c'est bien, les staffs ça apporte pleins de choses. Pour les médecins ce qui est

bien c'est qu'ils font un peu un résumé d'hospitalisation, de tout le parcours du patient, pourquoi il est là, son projet, son devenir aussi. Là du coup il y aussi l'assistante sociale qui intervient, c'est important ça aussi.

Thème 4 : le projet

✓ **Pourriez-vous me parler de la prise en charge des patients dans votre service**

Pour tous les patients c'est comme ça, c'est pareil. On fait des staffs, des réunions. C'est un projet thérapeutique en fait.

✓ **Existe-il un projet de soins formalisé au sein de votre service ?**

On l'a mis en place et il est vraiment formalisé oui. En fonction des semaines, on fait pour tel et tel patient. C'est là qu'on note tout ce qui est dit. Il y a des objectifs qui sont fixés. On reprend un tableau comme avec les 14 besoins en fait. On fait un peu comme ça avec les patients. Après on reprend plusieurs jours après le dossier pour voir l'évolution par rapport à tout ce qu'on devait prendre en compte. Du coup par rapport à cette évolution on va voir après pour son devenir. On voit ce qu'il faut qu'on mette en place. Après c'est aussi tout un travail avec la famille aussi.

✓ **Comment y contribuez-vous ?**

Donc là oui du coup on nous sollicite beaucoup nous. Là, ne serais ce que pour l'assistante sociale, pour qu'elle fasse un dossier, les médecins aussi. Ils nous demandent comment ça se passe le matin, s'ils font des choses seuls pour pouvoir après mettre des aides en place pour le retour à la maison. Ça aide aussi à savoir s'ils peuvent retourner à la maison, si c'est possible, s'ils ont besoin d'aide.

Annexe 4

Retranscription d'entretien Cadre de santé

Thème 1 : la profession Aide-soignante

✓ **Pourriez-vous me parler de votre conception de la profession d'aide-soignant ?**

Pour moi l'AS c'est celle qui prend le plus de temps au lit du patient. C'est vraiment quelqu'un, qui de par ses missions passe le plus de temps auprès de lui et qui peut un maximum récupérer des informations le concernant et puis entamer des dialogues, des discussions et puis avoir un historique finalement de ce qui se passe chez un patient encore plus qu'une infirmière. Et donc elle est essentielle pour ça. Je ne parle pas de tout ce qui est soins de base, les toilettes parce que ça c'est sa mission première bien sûr. Une autre chose essentielle, c'est qu'elle a quand même des devoirs. J'ai l'impression que souvent elles les oublient. C'est qu'elles travaillent sous délégation de l'infirmière. Alors soit elles oublient, soient elles n'oublient pas, ça dépend de quelles missions on parle. Elles choisissent un peu ce qu'elles font sous délégation et pas, c'est-à-dire par exemple concrètement elles s'organisent sur leur matinée, elles coordonnent leurs soins entre elles. Du coup elles ont tendance souvent à oublier que l'infirmière a des soins à faire aussi sur le patient. Par ailleurs, j'ai déjà entendu dire, « moi la température ce n'est pas à moi de la prendre, c'est à l'infirmière ». En fait c'est un peu comme elles veulent, ça dépend du tempérament de l'AS, ça dépend si l'AS est quelqu'un qui voit en sa profession quelque chose qui peut évoluer, et il y en a d'autres qui restent dans leur mission de base et qui ne veulent pas aller au-delà. Il faut savoir conjuguer avec ces deux types de catégories.

Thème 2 : la reconnaissance

✓ **Pourriez-vous me parler de la façon dont se passe la collaboration des AS avec les autres professionnels du service ?**

J'ai une catégorie d'AS qui a de l'ancienneté dans le service et une catégorie d'infirmières qui est renouvelée, avec des jeunes. En plus mon service pendant 7 ans était situé en extérieur du site hospitalier, donc ce sont des filles qui au total se sont forgé une culture professionnelle au sein d'un service familial, assez protégé, avec leurs façons de faire, leurs historique, leurs organisations et du coup leur façon de travailler avec les autres catégories. Ben ce sont des filles qui sont bien ancrées dans leur profession qui savent ce qu'elles font, qui s'imposent dans leur domaine. La collaboration n'est pas la même avec les différentes catégories. Même si elles travaillent sous délégation de l'infirmières, elles écoutent quand même ce qu'elles disent, elles font attention. Malgré tout en réunion infirmière je rappelle aux infirmières souvent qu'elles sont responsables de leur secteur, des AS et de leurs tâches. La collaboration avec les autres catégories ce n'est pas pareil. L'autre catégorie avec laquelle elles collaborent le plus c'est la catégorie de rééducation. On a des kinésithérapeutes et une ergothérapeute et des APA. La collaboration est extrêmement difficile parce qu'en plus chacun campe sur ses positions. Il y a une partie rééducation et une partie soins.

Je parle spécifiquement du brancardage des patients après leur toilette jusqu'à la salle de rééducation. Ben personne ne veut faire d'effort et surtout pas les AS qui ne veulent pas en général. Certaines le font, les dernières qui sont arrivées qui travaillent sur l'hôpital depuis plusieurs années, elles font l'effort, elles ont une ouverture d'esprit qui fait que. Pour les plus anciennes c'est pas pareil, c'est compliqué. « Moi je fais ma toilette, elle sera prête à telle heure, je ne peux pas tout faire, je ne peux pas aller l'emmener. Elles font leurs tâches mais ça ne va pas au-delà. Et puis il y a un gros problème de communication ça c'est le problème principal dans ma catégorie AS, actuellement c'est la communication entre elles et entre catégories.

Après les médecins leur posent des questions et les incluent totalement dans le projet thérapeutique parce que justement elles sont au plus près du patient et le plus longtemps possible par rapport à tout le monde, donc leur avis est très important. Donc elles sont sollicitées par le médecin d'autant plus en réunion de synthèse tous les jeudis. C'est une réunion où tout le monde participe y compris les AS et là on leur pose des questions sur l'autonomie, sur les soins d'hygiène, comment ça se passe et puis sur la partie psychologique. Donc là effectivement elles sont mises en avant et là ça se passe très bien. Les réunions de synthèse en général c'est des moments privilégiés où tout le monde participe.

✓ **Selon vous, quel regard portent les autres professionnels du service sur la fonction d'aide-soignant ?**

Ce que pensent par exemple les infirmières ? Alors, pour la partie rééducation, j'ai une idée très très claire sur ce que pensent les kinés des AS. Ils considèrent l'AS comme celle qui fait la toilette point. Je pense qu'il y a beaucoup de méconnaissance entre chaque catégorie de qui fait quoi, à quoi sert la personne, quel est son rôle, c'est très cloisonné. Donc clairement les kinés, oui, les AS c'est que pour la toilette, elles doivent lever les patients, elles doivent nous les amener, elles ne servent qu'à ça.

Au niveau infirmier, ça dépend avec qui on parle parce que quand on fait une réunion de service ou quand on fait une réunion que d'infirmières on n'a pas le même discours. C'est-à-dire qu'il y a un esprit d'équipe qui fait qu'elles sont toutes solidaires en réunion de service sur un sujet particulier et il y a quelque chose qui fait que leur opinion est un peu plus précise et orientée vers un problème particulier vers les AS quand on les prend en petit groupe et juste la catégorie infirmière donc là les langues se délient

Et ça pour avoir fait plusieurs services il me semble que c'est partout pareil.

Quand on est en réunion de service, quand tout le monde est présent on n'ose pas trop dire. Et de toutes façons comme il y a toujours eu des conflits jour/nuit, il y aura toujours des conflits infirmières/ AS, comme il y aura toujours des conflits infirmières/sages-femmes. C'est des trucs qui sont pérennes et à mon avis ça se ressent tout le temps.

✓ **Pourriez-vous me parler des stratégies managériales que vous utilisez pour manager les aides-soignants ?**

Alors déjà pour faire passer les informations, je ne fais pas la même chose avec les infirmières. Les infirmières je suis capable de laisser une note d'info quelque part je sais qu'elle sera lue. Les AS non donc déjà je sais que la communication elle est tout de suite verbale et en plus je le fais plus souvent et en plus quand je peux je les vois en individuel ou en petit groupe. Il faut les accompagner, c'est des filles qui ont besoin, pas qu'on les prenne par la main, mais qu'on leur répète souvent les choses, qu'on soit derrière elles, pas forcément de façon malveillante mais qu'on rabâche les choses, qu'on leur redise les choses, qu'on soit un peu lourdos, elles ont besoin de ça. Donc la com je ne la fais pas de la même façon. Les AS, la com est très souvent verbale mais elle passe aussi par l'écrit et j'utilise tous les supports que je peux que ce soit le Velléda, le cahier de transmission, la note d'information, je le dis à l'oral. Et quand je les prends en petit groupe parce que j'en ai 3 qui bossent telle journée, je les prends à 3 dans le bureau.

✓ **Différent-elles de celles employées avec les autres professionnels du service ? si oui, pourquoi ?**

Oui c'est différent avec les AS. Par exemple comme j'ai dit je suis obligée de passer plusieurs fois la même info alors que chez les infirmiers ce n'est pas le cas

Et je me suis rendue compte, ma difficulté c'est aussi par rapport au temps horaire, parce que je me suis rendu compte qu'en 12 h les informations ne passent pas entre elles. Moi j'ai fait que du 7h30 avant et en 7h30 quand il y avait une info qui était donnée le matin on passait à l'équipe de l'après-midi. Tandis que là, on donne une info une journée et elle s'arrête à 20 h et puis l'info ne continue pas derrière et il faut recommencer à l'équipe d'après.

La façon de procéder avec cette catégorie elle est complètement différente en termes de valorisation, de reconnaissance etc...

En fait, j'ai pu vraiment commencer l'année dernière quand j'ai fait les entretiens individuels ici, c'était donc la deuxième année que je les faisais puisque là j'entame la troisième année donc je vais les faire pour la troisième fois mais vraiment l'année dernière c'était la période où j'avais vraiment depuis mon arrivée une vue d'ensemble de tout le monde, de ce qu'est capable de faire un groupe et de ce qu'est capable de faire chaque agent en individuel parce qu'à force on les connaît bien. La première année c'est trop tôt, on ne se rend pas bien compte. Donc c'est l'année dernière finalement en entretien individuel que j'ai commencé. On avait déménagé le service en janvier, l'année a été très lourde derrière. Il s'est passé plein d'évènements pour le service donc tout le monde en a pâti et ça a été compliqué, les filles ont été en souffrance pendant longtemps donc l'été ça a été justement la période idéale pendant les entretiens de voir comment elles se sentaient après ces évènements etc. ... et c'est à ce moment-là que j'ai mis en valeur les difficultés des unes et les compétences des autres ou l'inverse ou en même temps etc. ... et ce qui m'a permis de mettre en place l'été dernier une feuille de référent.

J'en prends toujours une en exemple parce que c'est celle qui marche le mieux finalement mais il y en a d'autres et c'est surtout pour les AS finalement que j'ai fait ça. Par exemple j'ai une AS, elle parle très fort et quand elle parle ça ressemble de l'agressivité. Ce n'est pas qu'elle est agressive contre moi ou quelqu'un c'est que c'est une fille qui est mal dans sa peau et qui du coup s'extériorise de cette façon. Et donc l'année dernière on en a parlé, je lui ai parlé des difficultés de ces problèmes que j'avais cru voir, les problèmes qu'elle soit mal dans sa peau et je lui ai dit « écoute je trouve que pour tel domaine tu te sens bien dedans, moi j'ai envie de te mettre référent sur ce truc-là, je te mets un outil à disposition, je t'explique comment ça fonctionne, je ne dis pas que c'est toi qui va gérer parce que sinon tout le monde va se reporter sur toi mais au moins tu auras des missions de contrôle sur cette tâche-là. Je lui ai mis un outil à disposition pour pouvoir gérer la location et la relocation des matelas à air et c'est elle qui gère maintenant et qui me remplit les feuilles à la perfection et elle fait ça très très bien. Donc c'est la valoriser dans un domaine, c'est ce que j'ai voulu faire. Je trouve qu'elle s'est apaisée avec moi, elle fait plus attention à la hiérarchie. C'est quelqu'un qui peut partir quelques fois dans des discours un peu conflictuels mais avec moi elle est beaucoup plus calme et souriante et je la vois beaucoup plus détendue depuis quelques mois parce qu'il me semble que de lui donner une responsabilité importante, parce qu'on a besoin de ces matelas et d'arrêter la location ça la valorise, j'ai l'impression que ça lui fait du bien et c'est vraiment l'engager sur autre chose que son quotidien. De par son tempérament, j'ai eu beaucoup de mal dès le départ avec elle, j'aurais pu très bien la mettre de côté mais je n'ai pas voulu parce que je pense qu'elle mérite d'avoir une place dans un service et d'être valorisée. Et j'ai bien fait ça franchement c'est une victoire pour moi.

✓ **Quels sont pour vous les effets de la reconnaissance sur leur vécu au travail ?**

J'ai l'impression qu'elles se sentent plus disponibles quand on leur demande quelque chose. Par exemple en ce moment je suis un peu plus sur leur dos sur le rangement du service. On sent qu'elles s'investissent pour autre chose quand on leur donne une mission qui les intéresse et qui devient du long terme, ben du coup elles s'intéressent pour d'autres choses parce qu'il y a un enchaînement derrière qui se fait et je les trouve plus disponibles, plus à l'écoute de ce que leur cadre peut leur dire. Il y a deux ans de ça je n'aurais pas dit ça du tout. Donc ça modifie vraiment leur façon d'être et de travailler finalement et je pense que vis-à-vis de moi ça leur a montré mon positionnement. On a déménagé, on a eu des difficultés, on les a résolues, ça a été très long maintenant on est stabilisé il faut absolument qu'on s'intègre et qu'on s'adapte au reste de l'hôpital, c'est la priorité. Et là le fait de leur donner des missions que chacun s'investisse un petit peu ça leur permet de voir que le positionnement du cadre ben finalement est au sein de l'équipe et pas à côté et je pense que ça aussi ça aide.

Thème 3 : la participation des AS aux différentes activités

- ✓ **Pourriez-vous me parler de la participation des aides-soignants dans les différentes activités liées à la prise en des patients ? les transmissions écrites/orales, staffs, réunion, groupes de travail**

Alors elles participent à beaucoup de choses à l'oral mais je me bats pour qu'elles fassent les trans par écrit. Donc à l'écrit ça reste, par exemple le diagramme journalier à remplir sur le cahier de soin du patient, et les diagrammes ce sont des croix à mettre. Donc régulièrement quand il y a une transmission importante d'un patient je leur dis « tu traces, tu l'écris dans le dossier » mais je suis obligée de le dire pour que la démarche soit entamée sinon elles ne le font pas systématiquement.

Après ça dépend qui toujours, je pense que pour certaines c'est la barrière de l'écriture, pour d'autres il y a un petit complexe d'infériorité qui fait qu'elles n'osent pas écrire dans les dossiers.

Moi j'entends souvent, mais l'infirmière le fait donc c'est bon ... oui bien sûr. Ou Ici c'est « j'ai transmis à l'infirmière c'est à elle de le faire ». Alors je dis « non l'information c'est toi qui l'as, certes tu transmets mais c'est toi qui traces » et elles ne voient pas ce fait que ce soit valorisant pour leur travail.

Ça pour le coup j'y arrive pas. Elles ne se rendent pas compte de l'importance. Il n'y a pas que ça qu'elles ne tracent pas. On a des cahiers de transmissions où on met des informations importantes, elles ne pensent pas forcément à écrire dedans les informations importantes. Par exemple un patient qui a perdu sa paire de lunettes, elles ne se disent pas il faut que je le trace, la cadre va lire le cahier, il faut qu'on se couvre nous. Il les avait dans l'autre service, il ne les avait pas à l'arrivée. Ce genre de choses elles ne pensent pas à la faire.

Les staffs elles y participent mais à l'oral c'est-à-dire qu'elles sont sollicitées par les médecins pour parler des patients quand ils sont évalués un à un en staff le jeudi mais elles n'écrivent rien. Les infirmières ont des feuilles à remplir directement selon les thèmes abordés c'est toujours les mêmes, c'est comme une feuille de route, ce sont les infirmières qui le font pas les AS. En revanche on a mis en place il y a quelques mois, un outil qui est pas mal, à la rigueur il y a que ça qu'elles font, c'est des transmissions informatisées qui sont près enregistrés sur les postes informatiques et les infirmières c'est pareil, ce qui fait qu'elles ont qu'à changer l'information sur le patient et l'AS du lendemain elle imprime ses feuilles avec les nouvelles informations et ça à la rigueur c'est ce qu'on a réussi à mettre en place mais c'est tout.

Après j'avoue quand même qu'elles ont tendance à travailler en groupe AS du coup, elles s'organisent entre elles. Chacune a un secteur de 10 patients. Après je leur ai toujours dit je vous laisse l'autonomie complète pour vous organiser. S'il y en a une qui a 4 toilettes et il y en a une autre qui en a qu'une c'est à vous à vous parler entre vous, moi j'interviens pas. Elles sont sectorisées dans ce sens-là mais elles ne binoment pas avec l'infirmière.

✓ **Qu'est ce qui pourrait selon vous influencer sur la participation des aides-soignants dans ces différentes activités ?**

Alors là c'est une bonne question. Déjà de mon côté, elles ont besoin d'accompagnement en général. Peut-être que des petites réunions ou des groupes de travail un peu plus fréquents, ce serait bien. Alors je n'y arrive pas forcément. Quand je fais des réunions de service c'est pour de gros événements en général. Quand je veux les voir pour donner des infos s'il y a quelque chose qui s'est pas bien passé, j'ai besoin d'avoir des infos des AS, je les prends dans mon bureau en journée.

Eventuellement créer des groupes de travail pour le bien du service et pour valoriser les AS peut être que ça leur permettrait de s'investir à l'écrit un peu plus, formaliser les dossiers etc. ... Là par exemple actuellement, j'essaye de les envoyer un maximum en formation. Il y en a plein qui sont sorties dernièrement, on nous demande de positionner les agents et j'essaye de mettre les AS un maximum. Mon but c'est qu'elles sortent du service, qu'elles rencontrent d'autres collègues et qu'elles échangent les infos qu'elles se rendent compte qu'ailleurs les AS elles font des trans. Elles sont informatisées Pharma, nous on ne l'est pas encore. Voilà ailleurs c'est autrement et que peut-être il faut qu'elles voient les choses peut être avec un œil plus grand. Mais comment les investir un peu plus ce n'est pas facile.

✓ **Selon vous, qu'est ce qui peut donner du sens à une tâche ou une activité à effectuer ?**

La catégorie AS que j'ai chez moi elles sont très investies pour le patient. Là pour le coup c'est leur objectif numéro 1. Alors quand c'est pour le patient elles ne disent jamais non à rien et ça c'est un gros point positif que j'ai dans mon service, elles se donnent. Ce sont des filles qui déjà ne sont jamais absentes, j'ai un taux d'absentéisme 0 pour les AS de jour parce qu'elles sont investies. Alors elles râlent pour les kinés, pour les brancardages mais elles aiment ce qu'elles font et elles sont là pour les patients. Pour le coup je pense que j'ai de la chance par rapport à d'autres services de le dire. Donc peut être aller tirer de ce côté-là pour les influencer un peu plus à s'engager, à participer c'est peut-être la clé. Et des fois d'elles-mêmes, on a des patients qui sont socialement isolés, elles ramènent des vêtements, elles ramènent du shampoing de la maison, il y en a une qui coupe les cheveux le dimanche quand il n'y a personne quand ils n'ont pas les moyens de se payer le coiffeur des choses comme ça. Et là bizarrement je n'ai pas besoin d'intervenir ça se fait tout seul. Donc je sais que quand il s'agit du patient en général ça roule.

Thème 4 : le projet

✓ Existe-il un projet de soins formalisé au sein de votre service ?

Comme on sort de la certification, j'ai continué à remplir les comptes qualité pour le service et on est basés sur la bienveillance. C'est un thème sur lequel l'hôpital doit s'améliorer et on a pris le parti au SSR de travailler sur la bienveillance du patient et les droits du patient. Donc on a concrètement des choses qui vont se mettre en place comme un système anti fugue qui devrait bientôt arriver, avec des bracelets. Et puis j'ai une AS qui a soumis une idée l'année dernière en évaluation individuelle, un projet pour lequel j'aimerais bien participer et au moins démarrer. Je ne suis pas sûre d'avoir le temps avant de partir de le mettre en place mais au moins le mettre par écrit et ça fait partie de la bienveillance du patient donc j'en ai parlé à tout le monde, tout le monde est OK mais j'ai du mal à la mettre en place.

On a des salles à manger patients qui sont nues comme un ver, il n'y a rien dedans à part des tables et des chaises. Et donc cette AS m'a donné l'idée de faire de ces pièces des pièces d'accueil pour les familles mais pas que pour manger. Pour aussi accueillir leurs proches dans cette salle, en faire une salle d'accueil qui soit hors de la chambre d'hôpital, hors contexte hôpital avec de la déco différente de l'hôpital. Des bouquins, une télé, des canapés, des plantes pourquoi pas, des jeux. Ce genre de choses. Au moins mettre par écrit le projet pour que celle qui va suivre après moi puisse continuer le truc.

Et c'est une AS qui m'a soumis l'idée et qui rentre dans les mois à venir du moins concernant le patient, c'est un projet que j'aimerais mettre en place sur la bienveillance donc ça rentre du coup dans le cadre de la certification.

Après sur le projet individualisé du patient, c'est très carré chez nous comme dans tous les SSR.

✓ Qui participe à l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins du patient ?

Ça dépend des services, c'est toujours pareil. C'est-à-dire que là avec la dernière loi qui est sortie, le patient est au cœur de son parcours et nous on est en fin de parcours et on a des patients cognitivement pas toujours très ..., avec des trucs cognitifs quoi. Donc c'est un peu compliqué que dans d'autres étages de faire participer le patient. Malgré tout pour les indicateurs qualité par exemple qu'on fait du SSR tous les deux ans, il y a un critère qualité sur lequel je fais très attention dans les comptes rendus des médecins, c'est le consentement du patient rien que ça parce qu'on n'était pas très bons il y a deux ans sur cet indicateur là et donc effectivement j'ai alerté la communauté médicale. Là on a 4 médecins actuellement qui travaillent avec nous, pour que quand ils fassent leur compte rendu et leurs observ dans le dossier, que le consentement du patient et ou l'entourage soit bien écrit. Bon c'est des petits trucs comme ça que je rappelle régulièrement pour que le patient puisse se sentir investi.

Quand on accueille les patients, on passe du temps avec eux, on leur parle de leur projet de vie thérapeutique et de rééducation. Une entrée de patient SSR ça prend une heure, une heure et demi. Tous les intervenants viennent dans la chambre il n'y a pas que l'infirmière et l'AS, il y a l'ergo qui

passer pour évaluer, il y a le kiné qui passe pour évaluer, les médecins, la diét. On essaye vraiment de maintenir le passage de toutes ces catégories de personnels pour que le patient se sente valorisé dès son arrivée dans le service et qu'il ait une vision de ce qui va se passer pour lui. Même si les patients ont des troubles cognitifs on le fait quand même, la famille est présente souvent.

✓ **Vous m'avez parlé des AS, à quelle hauteur y contribuent-elles ?**

Elles ce qu'elles essayent de prendre comme place surtout c'est parler de l'autonomie du patient. Elle va lui dire là vous avez les sanitaires, là vous avez la sonnette, si vous avez besoin dans un premier temps vous m'appellez on évalue ensemble ce que vous êtes capable de faire. Elle est chargée après de lui dire voilà vous allez faire vos séances de rééducation, en fonction de ce qui sera fait en rééducation, on essaye d'adapter en soins pour que vous ne perdiez pas en autonomie entre les deux.

Donc là c'est la place qu'elle prend à l'entrée c'est-à-dire que c'est surtout la partie autonomie, environnement, information, etc. ...et après le relai de l'information avec les kinés justement sur cette histoire de, on essaye de mettre en place des choses ici, il ne se fait pas du tout. Ça passe par le médecin, c'est-à-dire que le médecin fait la prescription kiné et en réunion de synthèse quand on évalue les patients, on met en commun ce qu'ils savent faire d'un côté, ce qu'ils savent faire de l'autre mais des fois les patients ne sont pas tout à fait très honnêtes en fonction de ce qu'ils font en rééducation donc elles pensent bien faire. Ou elles en font trop ou elles n'en font pas assez ça dépend, et d'un autre côté le patient fait certaines choses en kiné et c'est seulement en réunion de synthèse qu'on arrive à mettre en commun finalement les capacités réelles du patient.

C'est dommage que ça ne passe pas avant. Ça pourrait passer éventuellement avec l'ergothérapeute qui est un peu en dehors de l'équipe kiné. Elle va chercher un peu plus les AS parce qu'elle est rattachée à mon service, que les kinés je ne les gère pas. Ils ont une cadre à eux et donc Cloé qui est l'ergothérapeute elle fait partie de l'équipe. Je pense que d'un point de vue culturel ça lui permet d'avoir un peu plus d'accessibilité avec les agents, les soignants donc il y a un peu plus de communication. Mais avec les kinés, c'est le clivage total, c'est le choc des cultures presque.

C'est limite quand même si les kinés et les AS ne se parlent pas je ne suis même pas sûre qu'ils connaissent les prénoms des AS, voire ils s'engueulent dans le couloir parce que pour un patient. C'est très compliqué. Si à la rigueur c'était une équipe fixe de kinés et en nombre parce qu'on manque de kinés qui s'intègre aux autres à mon avis les infos passeraient mieux, la com se ferait mieux. Là c'est jamais les mêmes.