UFR Sciences de l'homme et de la société

Département des sciences de l'Education

Master 2 pro ICF FOAD

Mémoire

Les transformations identitaires de l'aide-soignant au regard de la nouvelle organisation en santé

Nom du directeur de mémoire : GUIRIMAND Nicolas

Nom de naissance: Coutant

Nom d'usage: Belliard-Coutant

Prénom: Carole

Numéro étudiant : 21513979

Mai 2021

Département des Sciences de l'Education

Attestation d'authenticité

Ce document rempli et signé par l'étudiant doit être inséré dans tous les mémoires après la page de garde.

Je, soussigné : (nom et prénom)…Belliard Coutant Carole……

Etudiant(e) de : (formation et année)……2020-2021……

Etablissement :……Université de Rouen……

Certifie que le texte soumis ne comporte aucun passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citation universitaires.

Fait à ……Corps-Nuds……le……26/05/2021……

Remerciements

« Tout seul on va plus vite, ensemble, on va plus loin. »

Proverbe africain.

Si ce mémoire est le résultat d'une réflexion individuelle participant à notre professionnalisation en qualité de formatrice, je tiens dans cette page à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont guidée et soutenue tout au long de la réalisation ce travail. Sans eux, cette recherche serait inexistante.

Pour commencer, je tiens à remercier, M Guirimand, mon directeur de mémoire, pour sa patience et son regard expert sur ces travaux. Grâce à son exigence bienveillante, j'ai réussi à dépasser mes limites.

Toujours à mes côtés, j'ai eu la chance d'être soutenue quotidiennement par mon mari. Sans sa présence constante et son soutien moral comme physique dans les tâches de la vie quotidienne, je n'aurai pas pu effectuer cette année de Master.

Je tiens également à remercier l'ensemble des aides-soignants qui, malgré la crise sanitaire et le manque de personnel constant, ont accepté de me faire partager leur vision du métier. Merci également à l'ensemble des personnes ayant concouru à me mettre en lien avec elles.

Bien évidemment, je remercie tout mon entourage, ma famille, Stéphanie et Marion pour avoir toujours cru en moi lorsque j'avais des doutes.

Enfin, je tiens à remercier, de nouveau, M Guirimand pour m'avoir invité à tisser des liens avec mes collègues de Master. Merci aux « Guirimettes »et à Alice pour leur soutien dans cette dure et riche année studieuse.

Sommaire

Introduction **1**
1. Cadre contextuel de la recherche **2**
1.1 Le métier d'aide-soignant au regard du cadre législatif 2
1.2 Un métier qui n'est pas figé 3
1.3 De nouvelles pratiques au regard du contexte 5
1.4 Une mission de stage qui questionne les pratiques actuelles 7
2. Cadre conceptuel de la recherche **9**
2.1 Le métier d'aide-soignant et sa professionnalisation 9
2.2 Les dynamiques identitaires et l'aide-soignant 12
2.3 La coopération, la coordination et la collaboration interprofessionnelle en santé 15
3. Question de recherche et hypothèses **21**
4 Méthodologie de recherche **22**
4.1 Définition de la population 22
4.2 Méthode d'échantillonnage 23
4.3 Terrain de recherche 23
4.4 Méthode visée de captation de la population 24
4.5 Outils choisis 25
4.6 Design de l'étude 26
4.7 Limites de l'enquête de terrain 27
4.8 Méthodologie de traitement des données 29
5- Analyse des données **32**
5.1 Analyse longitudinale 32
5.2 Analyse croisée 52
6 Discussion **65**
6.1 Vérification des hypothèses 65
6.2 Se détacher du « sale boulot » 66
6.3 Ce n'est pas si facile 68
6.4 Un manque d'interaction 69
6.5 Les limites de la recherche 70
6.3 Intérêts et préconisations 71
Conclusion **73**
Bibliographie **74**
Table des sigles **81**
Table des matières **82**
Table des Annexes **84**

Introduction

« *Y'a quelqu'un qui m'a dit : vous, vous êtes les laveuses. Ça veut dire quoi, les laveuses ? Non, on n'est pas que des laveuses* » (EK*S) s'exprime une aide-soignante, au cours de notre enquête.

Créé en 1949, suite à une pénurie de personnel, le groupe « aide-soignant » se situe dans la « bureaucratie » hospitalière entre l'agent de soin hospitalier et l'infirmier. L'aide-soignant est associé aux soins du quotidien de la personne. Les tâches qu'il réalise consistent à « *transformer le malade en matériau digne des professionnels* » de santé, précise Anne-Marie Arborio (Arborio, 2009, p.59). Centré sur l'intimité de l'individu et jugé parfois « *indigne* » (*ibid*) ce métier peut être qualifié de « sale boulot ». Si cette dénomination n'est pas attachée à la nature des tâches, elle exprime un jeu d'acteur où les besognes rejetées par une catégorie professionnelle concourt à la protection de celle-ci, quand l'autre les assume sans en retirer de bénéfice (Floch, 2008). Exerçant sous la délégation de tâche de l'infirmier l'identité de l'aide-soignant se résume-t-il au « sale boulot »?

Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire, en 2009, la santé se réorganise et s'oriente davantage sur un exercice transversal sur le territoire, favorisant la collaboration interprofessionnelle. De plus, l'accroissement de la « *médecine ambulatoire* » associée « *au maintien à domicile des personnes âgées* » engendre, selon un rapport de la DARES (DARES, 2014, p.16), la création nette d'emplois d'aide aux personnes fragiles tel que le métier d'aide-soignant en services de soins à domicile. Face à cette réorganisation, quelles sont les transformations identitaires de l'aide-soignant?

Infirmière pendant dix ans en milieu hospitalier et récemment formatrice pour adultes dans le domaine du service à la personne, nous côtoyons quotidiennement cette profession. Parallèlement à cette fonction, nous effectuons actuellement une mission de stage en centre de formation aide-soignant. Ces deux rôles sont complémentaires car tous deux cherchent à faciliter la professionnalisation de ce métier. C'est pourquoi, à travers ce mémoire de recherche nous souhaitons comprendre les possibles transformations identitaires de l'aide-soignant au regard du contexte actuel afin de concevoir des dispositifs de formation adaptés aux besoins des stagiaires.

Ce travail s'inscrit en trois temps. Le premier, explicite l'existant en décrivant le contexte et le cadre théorique (professionnalisation, dynamiques identitaires, collaboration) de la recherche. Par la suite, nous établissons une question de recherche et des hypothèses, afin de mener, dans un deuxième temps, une enquête de terrain. L'analyse de l'enquête permet de mettre en exergue des résultats sur lesquels s'appuient nos préconisations afin d'améliorer la conception des formations actuelles, c'est le dernier temps.

1. Cadre contextuel de la recherche

1.1 Le métier d'aide-soignant au regard du cadre législatif

1.1.1 Cadre législatif au regard de l'exercice aide-soignant.

L'aide-soignant est un professionnel de la santé dont le rôle concerne les « *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 ou d'un groupe de personnes* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.26). Il peut exercer en ville comme à l'hôpital depuis le décret n°81-448 du 8 mai 1981. Dans tous les cas, il participe « *dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.26). Ce dernier est amené à collaborer quotidiennement avec l'infirmier en étant sous sa responsabilité. En effet, conformément aux articles R.4311-3 à R.4311-5 du code de la santé publique, l'infirmier peut déléguer certaines tâches de son rôle propre à l'aide-soignant (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Être aide-soignant, c'est donc exercer un métier du soin, sans disposer de rôle propre. Ceci explique, en partie, le fait que l'aide-soignant reste un métier invisible aux yeux du public (Arborio, 1995). Néanmoins, depuis 2005, l'accès à cette profession est règlementé par un Diplôme d'Etat Aide-Soignant (DEAS) (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020).

1.1.2 Le référentiel actuel de la formation aide-soignante

Aujourd'hui, la formation de l'aide-soignant se fonde sur l'arrêté du 22 octobre 2005 instaurant celle-ci à partir d'un référentiel de compétences et délivrant un diplôme d'Etat reconnu au niveau européen de niveau 3 (*Certification | Réseau des Carif-Oref*, 2021).

D'après cet arrêté du 7 avril 2020, l'entrée dans la formation est régie par le régime de la formation initiale, la formation continue, et la validation des acquis de l'expérience sur sélection des candidats (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Anne-Marie Arborio (Arborio, 2016) montre, qu'un peu plus de 20% des stagiaires aides-soignants effectuent la formation en poursuite d'études en 2014 et 50% suite à une expérience. Parmi ceux, reprenant les études, 75% d'entre eux sont issus du secteur sanitaire ou social (*ibid*). Les promotions comptent des profils de stagiaires divers favorisant les échanges.

L'hétérogénéité des profils s'explique par la possibilité d'effectuer la formation en cursus complet comme en cursus partiel. C'est-à-dire que le référentiel prend en compte l'expérience du stagiaire ou ses diplômes antérieurs (titulaires du diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture, titulaires du

diplôme d'ambulancier, titulaires du baccalauréat « services aux personnes et aux territoires » ou « accompagnement, soins, services à la personne »…) en les dispensant de certaines unités de formation ainsi que d'épreuves de validation (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Lorsque la formation s'effectue sur un cursus total, celle-ci comprend 1435h dont 17 semaines en centre de formation et 24 semaines en stage clinique (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.26). Il s'agit d'une formation en alternance se structurant en huit unités de formation, chacune reprenant huit modules tous en lien avec une compétence à acquérir et parfois un stage clinique (cf. annexe 1). De cette manière, les savoirs, savoir-faire et savoir-être cités dans le référentiel, se développent et s'intègrent progressivement chez le futur professionnel de santé. Durant la formation, les stagiaires seront amenés à effectuer six stages dans six domaines (lorsque celle-ci est effectuée en cursus complet) : « *Service de court séjour* » (médecine et chirurgie), *« Service de moyen et long séjour* », « *Service de santé mentale* », « *Secteur extrahospitalier* » et « *Structure optionnelle* » au regard de leurs projets (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.28). Ici, la diversité des lieux de stage facilite l'acquisition progressive de l'identité professionnelle requise pour la diplômation.

Sur le plan des contenus, le référentiel cite : les aptitudes de l'aide-soignant à s'organiser, des facultés d'analyse et des capacités au regard de l'écriture et de l'expression orale (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). A cela s'associe une appétence pour aider et accompagner autrui ainsi que des habiletés sur le plan de la relation (*ibid*). Il est donc particulièrement important pour les futurs aides-soignants de savoir *« communiquer », « entrer en relation », « collaborer », « travailler en équipe* », faire preuve « *d'écoute et d'ouverture d'esprit » (*Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020 p.12).

Ici, la formation permet à l'aide-soignant de faire reconnaitre ses compétences spécifiques enviées par certains métiers similaires « du prendre soin » en voie de professionnalisation tel que les auxiliaires de vie sociale (Arborio*,* 2016).

1.2 Un métier qui n'est pas figé

1.2.1 Un référentiel de formation à venir

Pour autant, ce métier reste toujours défini sous la responsabilité de l'infirmier ce qui impacte l'identité professionnelle et rend difficile sa professionnalisation précise Anne-Marie Arborio (Arborio, 2009). De plus, l'écart (statutaire) reste maintenu avec les infirmiers diplômés d'Etat, voire il se creuse. Depuis 2009, la formation infirmière s'est universitarisée (suite à l'accord de Bologne en 1999), le diplôme d'état infirmier est reconnu au grade licence, contrairement à la

formation aide-soignante, qui reste de niveau 3 c'est-à-dire inférieure au baccalauréat (Arborio, 2016). D'ailleurs, Thérèse Palla, présidente de l'Union Française des Aides-Soignants peine, depuis 10 ans, à faire reconnaitre un rôle autonome à ce métier (Surbled, M., 2010). En effet, cela permettrait, selon elle, de considérer l'aide-soignant comme un collègue à part entière de l'infirmier.

Pour autant, l'identité de l'aide-soignant n'est pas figé. En effet, Madame Buzin, alors ministre de la santé, annonce en février 2020, vouloir promouvoir celui-ci à travers ses spécificités: « *Accompagner la personne dans les activités de sa vie quotidienne et sociale et dans le respect de son projet de vie ; Collaborer au projet de soins personnalisé dans son champ de compétences ; Et enfin, contribuer à la prévention des risques et au raisonnement clinique interprofessionnel* » (Discours d'Agnès Buzyn sur les Aides-soignants - 12 février 2020 –, 2020) Ici, le discours laisse entrevoir une possible évolution identitaire du métier d'aide-soignant à travers la participation à l'élaboration du projet de soin du patient avec celui-ci et les autres professionnels. De plus, les nouvelles activités de l'aide-soignant concernent essentiellement des missions en collaboration. Cependant, aucune information n'est donnée au regard de la structuration de ces apprentissages et de la revalorisation du diplôme à un niveau 4. Enfin, aucun élément dans le discours de Madame Buzin n'évoque un possible rôle propre aide-soignant.

1.2.2 L'aide-soignant à domicile

Au-delà de la mise en exergue de nouvelles missions effectuées par l'aide-soignant (via le futur référentiel), nous constatons que les lieux d'exercice de cette profession évoluent également.

Si jusqu'à présent, la majorité de ces derniers travaillaient dans les hôpitaux, leur *« activité se développe fortement dans les services de soins à domicile »* comme en témoigne une étude de l'INSEE dans la région aquitaine en 2009 (INSEE, 2009). Depuis une dizaine d'années, l'ensemble de ces structures ne cesse de se développer. *« En 2016, 313 établissements coordonnent des prises en charge d'hospitalisation à domicile (HAD), contre 170 en 2006. »* (Mauro, 2017). L'HAD a donc doublé en dix ans. De plus, selon un rapport de l'agence régionale de la santé en Bretagne, entre 2000 et 2010, les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) n'ont cessé de se multiplier passant leur capacité d'accueil de *« 4 331 à 6 635 places, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 4 % »* (ARS Bretagne, 2011). Ces chiffres sont autant d'indicateurs démontrant l'importance de s'intéresser à cette nouvelle organisation en santé orientée sur le territoire.

1.3 De nouvelles pratiques au regard du contexte

D'après Larbi K et Roy D (Larbi, et Roy, 2019), en 2050, il pourra y avoir 4 millions de séniors en perte d'autonomie. De ce fait, les prises en charge complexes liées à des comorbidités bio-psycho-sociales chez le sujet âgé rendent inefficaces l'organisation de la santé centrée sur l'hôpital et les structures médico-sociales (Couturier, 2018). Cela invite donc la politique de santé publique à envisager dès 2009, à travers la loi HPST (hôpital patients santé territoires), la perspective d'un travail coordonné en créant les communautés hospitalières de territoire (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2009). Cette nouvelle tactique vise à mettre en place un nouveau modèle plus économique centré sur la personne et orienté sur le territoire : mise en place de plateforme d'appuis (Chauvière, 2018). Pour autant, réduire cette nouvelle organisation à des enjeux économique, serait faire fi de la demande des usagers souhaitant des soins plus humains et une prise en compte de leur problématique globale (Couturier, 2018). Ainsi la naissance des pratiques collaboratives en extra hospitalier est issue d'enjeux économiques, démographiques et sociologiques. Pour autant, de quoi parlons-nous concrètement ?

1.3.1 L'intégration des services de manière verticale et horizontale

La nouvelle structuration du système de soin demande un changement d'approche se centrant davantage sur le patient dans sa globalité et visant l'organisation d'un « parcours » de soin, favorisant les interactions et l'articulation entre les secteurs (santé, social, financier) (Périsset, 2018). Pour cela, plusieurs dispositifs tel que le dispositif MAIA (méthode pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), le dispositif PAERPA (personne âgée, en risque de perte d'autonomie) ou encore les plateformes territoriales d'appuis (PTA) ont été créées. L'objectif de ces nouveaux métiers, qu'ils soient gestionnaires de cas (dans les MAIA) ou coordinateurs d'appui (en CTA ou en PTA), reste le même : renforcer l'intégration (Barraquier, 2014). Ici le terme intégration est vu comme *« une réponse intersectorielle qui dépasse les lignes de fragmentation habituelles »* (Périsset, 2018, p.131). C'est-à-dire que ce sont ces nouveaux acteurs qui favorisent la coordination et la collaboration entre les différents services existants (ARS Auvergne Rhône-Alpes, 2019).

Pour autant, cette intégration dite « verticale » ne peut se faire sans l'intégration de service dit « horizontale » selon Couturier et Belzile (Couturier et Belzile, 2016). L'intégration « horizontale » décrite par ces auteurs concerne l'intégration « *des champs disciplinaires, des organisations prestataires de services, des secteurs d'intervention et des intervenants* » (Couturier et Belzile, 2016, p.131). Cela concerne notamment les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile

(SESSAD), les services de soins à domicile (SSIAD), l'hospitalisation à domicile et les services d'aides à domicile (SAAD) entre autres. Le travail en réseau permet, ici, une prise en charge individualisée coordonnée en lien avec la famille et les différents professionnels (Chamak, 2016). Ces services sont également, pour certains, en restructuration comme les Services Polyvalents d'Aides et de Soins A Domicile (SPASAD) « intégré » (mise en place depuis la loi ASV), créant un système de guichet intégré. Ici, cette nouvelle entité juridique facilite la coordination et la mise en œuvre des partenariats. En effet, *« sur le premier semestre 2018, la situation de 4 % des personnes suivies en moyenne par SPASAD intégré a donné lieu à des échanges de coordination avec d'autres intervenants (MAIA, CLIC, CTA de PAERPA, PTA...)»* (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019, p.22).

En somme qu'il s'agisse de dispositifs d'appui à la coordination ou des prestataires de services, cette nouvelle vision de la santé (à travers la notion de parcours) nécessite que tous les acteurs se mobilisent et se donnent les moyens pour travailler ensemble. Le réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux, précise que chaque professionnel doit adapter ses pratiques de collaboration en fonction de la situation vécue par le patient et ses proches (Careau *et al.*, 2018).

1.3.2 Aujourd'hui et demain, un travail en collaboration interprofessionnelle

Si Lussier (Lussier, 2020), précise qu'aujourd'hui, la notion de parcours de soin est comprise par les professionnels et inscrite dans la loi, Casagrande (Casagrande, 2020) rappel la difficile intégration des équipes mobiles (gériatrique et géronto-psychiatrique) pour deux raisons. La première concerne le fait qu'elles ne sont que partiellement déployées sur les territoires. La seconde exprime que lorsqu'elles le sont, elles manquent de légitimité pour réunir l'ensemble des parties et faire évoluer la situation collectivement en vue de trouver de nouvelles solutions (*ibid*). Plusieurs de ces enjeux sont traités dans le rapport du Ségur de la santé, en recherchant le développement des équipes mobiles, en sollicitant l'hospitalisation à domicile, en proposant des outils pour travailler ensemble (Ministère des Solidarités et de la Santé., 2020, juillet). L'étude IPSOS (que reprend le Ségur de la santé) souligne, d'ailleurs, le souhait des soignants de renforcer l'existence de temps communs avec les différents secteurs professionnels travaillant dans un même but (un parcours coordonné) mais souvent éloignés les uns des autres (Ministère des Solidarités et de la Santé., 2020, juillet). Ce nouvel exercice en concertation pluri-professionnelle bouleverse profondément la culture soignante et les identités professionnelles en invitant à repenser les pratiques pour envisager des prises en charge holistiques. Or cela ne peut se faire sans un accompagnement, voire sans penser de nouveau

la formation comme le précise Lussier (Lussier, 2020), Schimd (Schmid, 2017) et Casagrande (Casagrande, 2020).

1.4 Une mission de stage qui questionne les pratiques actuelles

Aujourd'hui, l'organisation en santé bouleverse les pratiques professionnelles en développant l'exercice en service à domicile et en prenant en compte la personne de façon holistique. Demain, un nouveau référentiel de formation initiale « aide-soignant » sera mis en place pour valoriser ce métier et mettre en exergue leurs nouvelles missions. Pour autant, le statut de ces derniers ne changent pas, ils ne disposent toujours pas d'un rôle autonome. Face à ce contexte mouvant, l'identité de l'aide-soignant se transforme-t-elle ? Quelle est la place de l'aide-soignant dans ce nouvel exercice en collaboration interprofessionnelle en service à domicile? Qu'est ce que cela engendre sur son identité en service à domicile ?

Ces questions suscitant notre intérêt, font également écho à notre mission de stage et constitue le début de notre sujet de recherche orienté sur les dynamiques identitaires de l'aide-soignant et l'exercice en collaboration en service à domicile.

1.4.1 Un lieu de stage

La mission de stage se déroule en Institut de Formation Aide-Soignant dans un centre de formation nommé Institut de Formation Santé de l'Ouest. Il s'agit d'un institut de formation associatif créé en 1973 dont le siège social se situe à Angers. Les centres de formations IFSO sont spécialisés dans le domaine sanitaire. Chaque centre dispose de deux pôles : un pôle formation initiale d'aide-soignant et un pôle formation continue spécialisée dans le domaine sanitaire. L'IFSO comprend sept centres de formation dans l'ouest de la France, en Pays de la Loire et en Bretagne.

La stratégie pédagogique déployée par l'IFSO cherche à rendre acteur le stagiaire. Elle fonde son projet sur l'action mais également la réflexion. Pour cela, l'IFSO conçoit la formation initiale aide-soignante comme « *un aller retour entre des analyses de pratiques, des apports théoriques, méthodologiques et des analyses de situations concrètes* ». (Conseil, février, 2021). Ici l'alternance est « exploitation », elle cherche à relier l'entreprise au centre de formation (Maubant, 2013). L'objectif final étant d'aboutir à la formation de professionnels responsables et capables de s'adapter aux évolutions sociétales, politiques et culturelles.

1.4.2 Une mission et un lien avec la thématique de recherche

En stage en IFSO, la mission confiée dans le cadre du master Ingénierie Conseil en Formation, consiste à participer à l'ingénierie pédagogique (en présentiel et distanciel) de la formation adulte aide-soignant, cela en vue de renforcer, le travail collaboratif au sein de cette formation, conformément au projet pédagogique de l'établissement. Cette mission se découpe au travers de deux objectifs généraux. Le premier objectif concerne l'analyse, la conception, la réalisation et l'évaluation de séquences pédagogiques en distanciel et en présentiel sur des thématiques diverses en lien avec le référentiel de formation aide-soignant. Le second concerne l'accompagnement de groupes de stagiaires effectuant la formation en cursus partiel (stagiaires disposant de baccalauréat professionnel, stagiaires ayant effectué une VAE, stagiaires revalidant des modules de formation). En qualité d'étudiante en master 2 I.C.F, nous pensons qu'il est important d'effectuer cette mission en respectant une démarche d'ingénierie. En effet, analyser les besoins des stagiaires et le contexte dans lequel s'effectue la formation permet, en retour, de concevoir et d'analyser une formation individualisée et adaptée au marché de l'emploi. Cette mission se rapproche étroitement de la thématique de recherche car elle interroge l'accompagnement du formateur dans la construction identitaire des stagiaires aides-soignants en formation initiale. Quelle(s) identité(s) doit(vent) acquérir les stagiaires aide-soignant en formation initiale? Quelles voies proposer aux stagiaires pour faciliter leurs constructions identitaires ? Quel discours légitimer pour faciliter la reconnaissance de ce métier invisible ?

Etudier ce contexte a permis d'affiner notre questionnement et de formuler une question de départ reprenant l'ensemble des interrogations citées précédemment.

Ainsi après réflexion nous la formulons de la manière suivante :

Quelles sont les transformations identitaires actuelles de l'aide-soignant en formation initiale par alternance ?

Cette première étude a également mis en exergue les concepts à étudier dans la littérature scientifique afin de développer notre cadre théorique. Dans la suite de ce mémoire, nous étudions la professionnalisation, les dynamiques identitaires et la collaboration interprofessionnelle au regard de notre question de départ. Les auteurs étudiés prennent donc en compte certaines dimensions qui expriment notre point de vue.

2. Cadre conceptuel de la recherche

2.1 Le métier d'aide-soignant et sa professionnalisation

2.1.1Qu'est ce que la professionnalisation ?

Wittorski Richard définit la professionnalisation à travers trois éléments : l'organisation, la personne mais également la relation de la personne avec l'organisme.

Pour lui, sur le plan de l'organisation, il définit la professionnalisation comme : *« une intention (côté organisation) de «mise en mouvement» des sujets dans les systèmes de travail par la proposition de dispositifs particuliers » (Wittorski,* 2007, p. 91). En centre de formation initiale aide-soignant, l'organisme cherche à ce que le stagiaire en formation soit acteur de son futur professionnel.

La personne, quant à elle, entre en formation pour élaborer son projet identitaire mais également pour être reconnue au regard des autres *(Wittorski,* 2007).

La professionnalisation peut également être vue sous l'angle de la transaction entre la personne et l'organisme. Ici, c'est la professionnalité qui est visée (*ibid*). L'objectif final de la formation initiale aide-soignante est donc l'attribution de compétences et d'une identité professionnelle reconnue par l'organisation et le groupe lui-même. C'est cet angle de la professionnalisation qui nous intéresse particulièrement dans le cadre de cette recherche.

Bourdoncle (Bourdoncle, 2000), sociologue Français, complète cette définition en structurant le processus de professionnalisation selon cinq aspects tous interdépendants : l'activité, les savoirs, la formation, l'individu et le groupe.

Ce dernier rappelle que l'activité doit être rémunérée et enseignable, c'est-à-dire faisant appel à des savoirs structurés spécifiques à la pratique professionnelle afin de passer du métier à la profession. Bien qu'invisible aux yeux du public (Arborio, 1995), être aide-soignant est une activité professionnelle à part entière puisque l'activité est rémunérée et les savoirs sont structurés au regard d'un référentiel de formation datant de 2005 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020).

Ces savoirs, se rapportant à la profession, sont reliés à des compétences comme nous avons pu l'étudier dans le contexte de la recherche. Structurés ainsi, ils facilitent la professionnalisation dans la formation professionnelle selon Bourdoncle (Bourdoncle, 2000).

Cet auteur entend par « formation professionnelle », toute formation structuré de manière à rendre aptes les futurs aides-soignants à exercer leur métier (*ibid*). Pour cela, il est important de sélectionner les candidats en amont de la formation (tel qu'expliqué dans le contexte de la recherche pour la formation aide-soignante) d'organiser celle-ci en alternance et d'associer les savoirs aux compétences en usant des capacités professionnelles des formateurs et des jurys (En institut de formation aide-soignant tous les formateurs disposent du diplôme d'Etat d'infirmier et des épreuves de certification se font avec des professionnels aides-soignants) *(ibid).*

Ce processus porte également essentiellement sur l'individu. Comme le précise Bourdoncle, l'objet de cette évolution est le stagiaire en formation. En fait, un double développement a lieu : il s'agit d'acquérir des savoirs, des savoir-faire et des savoirs être en situation réelle en même temps qu'une identité, un rôle professionnel (*ibid).*

La professionnalisation de l'individu étant en lien avec l'organisation, à cette identité individuelle, s'ajoute un besoin de reconnaissance sociale du groupe professionnel. Le groupe joue un rôle dans la professionnalisation car il permet de faire reconnaitre les activités pratiquées sur le plan social, de faire valoir une autonomie et de véhiculer une identité professionnelle commune. Ce point concerne, d'ailleurs, particulièrement les aides-soignants.

2.1.2 La difficile professionnalisation du groupe aide-soignant

Comme le souligne Arborio Anne-Marie en 2009, toute la difficulté pour ces professionnels réside dans le fait qu'ils ne disposent pas de rôle propre pour se professionnaliser. De plus, le groupe s'est constitué à partir d'une délégation de certaines tâches du rôle propre infirmier. Ces actes les moins prestigieux affublent souvent l'aide-soignant de faire un « sale boulot ». Ce travail centré sur les soins au corps du malade, sur son intimité, peut donner la sensation d'une double délégation de tâches, complète cette auteure. Cela est une force pour les interactionnistes car c'est la division symbolique du travail qui constitue la profession et rapproche le métier d'aide-soignant du « soin » (Schweyer, 2018). Néanmoins, Le Floch (Le Floch, 2008) rappelle que cela peut aussi être un frein pour cette profession. En effet, il explique que pour les autres professions, se différencier du « sale boulot » (décrit par Arborio) est un véritable enjeu dans des « *logiques de projet» (*Le Floch, 2008, p.33). Les aides-soignants restent donc dans l'ombre des catégories professionnelles telles que les infirmiers (Arborio*,* 2009). L'identité professionnelle du groupe aide-soignant n'est pas affirmée.

Tout l'enjeu pour le groupe est donc de chercher à revendiquer une certaine autonomie, même relative, dans la réalisation de son activité afin de faire reconnaitre son identité. Schweyer (Schweyer, 2018) distingue trois types d'autonomies.

Le premier type est « *l'autonomie institutionnelle* » (Schweyer, 2018, p.131). Elle suppose, précise l'auteur de, sans cesse, solliciter l'opinion publique en vue d'étendre son pouvoir. Sur ce point, les aides-soignants tentent de faire reconnaitre un rôle propre.

Le deuxième type est « *l'autonomie pratique* » (*ibid*). Elle est décrite par Scheweyer comme concernant l'organisation du travail et la part d'autonomie lors de celui-ci. Cela concerne notamment la négociation des aides-soignants avec les autres professionnels au regard de leur pratiques (*Arborio,* 2009). A domicile, les aides-soignants, effectuent les « actes » de soin de manière coordonnée avec l'infirmière coordinatrice mais sans sa présence physique. Ils disposent d'une autonomie relative sur le plan pratique.

Enfin, l'auteur désigne, « *l'autonomie professionnelle* » (Schweyer, 2018, p.131) comme le poids du groupe professionnel au regard de l'histoire, au sens du pouvoir. Ici, le groupe tente de faire reconnaitre ses activités historiquement reconnues *(Wittorski,* 2013). C'est par exemple, la volonté pour les soignants de faire reconnaitre le « prendre soin » avant les prérogatives économiques, contrairement à la logique actuelle (Graber et Haberey-Knuessi, 2017).

Acquérir ces différents types d'autonomie aiderait le groupe à se constituer une réelle identité professionnelle facilitant la professionnalisation.

2.1.3 Professionnalisation et identisation du groupe aide-soignant

Etant donné que les cinq aspects de la professionnalisation sont tous interdépendants, Bourdoncle (Bourdoncle, 2000) propose que la formation soit construite sous l'angle économique pour favoriser la reconnaissance sociale du groupe aide-soignant et permettre une certaine opérationnalité des stagiaires.

Wittorski *(Wittorski,* 2015 et 2013), précise ce qu'entend cet auteur, au regard de l'économie de la formation dans les métiers de l'humain. Pour lui, ces métiers ne peuvent s'apprendre sans s'y confronter durant la formation. Il faut donc privilégier l'alternance pour développer les savoirs expérientiels tout en instaurant des lieux d'échanges et de paroles pour prendre de la distance avec l'action *(Wittorski,* 2015 et 2013). Aujourd'hui, la formation aide-soignante est organisée de cette manière et pensée de telle sorte qu'elle développe « *une implication personnelle dans une action dont on est responsable, ce qui change la mobilisation intellectuelle de l'apprenti et son rapport au savoir* » précisent Geay et Sallaberry (Geay et Sallaberry, 1999, p. 11). Ici, le stage n'est qu'un élément d'un cheminement réflexif (Perrenoud, 2001).

Au-delà de l'économie de la formation, c'est bien les objectifs de la formation qui seront différents dans les métiers de l'humain selon Wittorski (Wittorski, 2015). En effet, pour ce dernier, les objectifs de la formation vont devoir s'adapter à l'activité qui sera différente d'un individu à l'autre. L'aide-soignant devra donc changer ses pratiques en adoptant une posture réflexive. Cela sous-entend également qu'il puisse développer une posture professionnelle, une éthique et sa vision du patient précise ce dernier. Ainsi, la formation doit être « *professionnalisante* » (Witorski, 2015, p.36), c'est-à-dire qu'elle participe à la construction identitaire de la personne tout en contribuant « *à produire l'identité du groupe des professionnels* » (Wittorski, 2007, p.96).

En ce sens, la formation des aides-soignants peut-être associée à une « *professionnalisation identisation* » précise cet auteur (*ibid*). L'enjeu de la professionnalisation de ce métier n'est plus la légitimation de la formation par le diplôme mais bien *« l'objet social » » (Wittorski,* 2007, p.97). Il s'agit de construire un *« discours de légitimation et de mise en reconnaissance »* (*ibid*) des missions de l'aide-soignant pour les revaloriser.

Intéressons-nous aux dynamiques identitaires s'opérant chez le stagiaire aide-soignant en formation initiale, afin de mieux comprendre les possibles évolutions du métier.

2.2 Les dynamiques identitaires et l'aide-soignant

2.2.1 L'identité professionnelle, un construit social

De Gaujelac (De Gaujelac, 2002) s'appuie sur la sémantique pour définir l'identité. Pour lui, celle-ci est antinomique. En effet, d'un côté son préfixe « *id* » du latin « *idem* », renvoie à la notion de similaire, semblable. De l'autre, l'identité renvoie, selon cet auteur à la différenciation, c'est-à-dire aux éléments qui le distinguent des autres puisque chaque individu est unique. En ce sens, le futur aide-soignant construit son identité à partir de son histoire personnelle mais également en lien avec les relations tissées avec les autres. L'identité est un dialogue entre l'individu et le collectif précise De Gaujelac (De Gaujelac, 2002).

Au regard de cette dialectique, Dubar (Dubar, 2015) propose plutôt d'évoquer le terme de formes identitaires. Ces formes se développent, selon ce dernier, à travers l'identité pour soi, et l'identité pour autrui. L'identité pour soi correspond à l'histoire de vie de la personne. C'est par exemple, le stagiaire souhaitant se reconvertir « aide-soignant » suite à un évènement de vie. Quant à l'identité pour autrui, il s'agit de la construction identitaire de l'individu au regard des relations sociales. C'est, par exemple, le regard que peut porter le patient sur le soignant.

Ces deux parties de l'identité sont elles-mêmes soumises à une *« transaction objective »* et *« subjective »* (Dubar, 2015, p.308). Dubar (*ibid*) entend par « *objective* », les négociations entre l'individu et son environnement telles que les transactions s'opérant entre l'identité de l'aide-soignant (décrite par le professionnel) et celle reconnue par les structures hospitalières, médico-sociales… De plus, il entend par « *subjective* », le « *compromis intérieurs entre identité héritée et identité visée* » (*ibid*). Ici, se sont les compromis que peut effectuer l'aide-soignant entre l'identité héritée en formation et celle qu'il envisage dans son exercice professionnel.

L'« *identité pour soi* », l'« *identité pour autrui* », « *transaction objective » et « subjective* » sont articulées pour former des processus typiques de l'identité professionnelle selon Dubar (Dubar, 2015, p.310).

Néanmoins, pour Marc Perrenoud et Ivan Sainsaulieu, cette conception de l'identité professionnelle néglige les profils *« atypiques »* tout en interrogeant peu le rôle du contexte et la crise actuelle que nous traversons (Perrenoud, Sainsaulieu, 2018). Aujourd'hui, il y a un brouillage des identités professionnelles (Bourdoncle, et Demailly, 1998).

Dubar, Trepier et Broussard (Dubar, Tripier et Boussard, 2015) proposent deux évolutions de cette identité : le modèle de la compétence et l'individualisation. Aujourd'hui l'aide-soignant est responsable de sa trajectoire professionnelle et la société aspire à un résultat permanent propre à l'individu et ou au groupe professionnel. Ainsi, l'aide-soignant va chercher à présenter une image de lui aux autres professionnels de santé au regard des attendus, il ne cherchera plus à s'en inspirer (Kaddouri, 2014). Au-delà des formes identitaires proposées par Dubar (Dubar, 2015), c'est bien d'une « dynamique identitaire » dont il est question.

2.2.2 Les dynamiques identitaires

Parler de dynamique permet d'insister sur le contexte, les échanges sociaux et les situations intervenant dans ces développements identitaires (Kaddouri, 2002). Ces ruptures de parcours (professionnel et personnel) rencontrées dans le contexte actuel sont sources de tensions entre une identité héritée (relevant d'une histoire personnelle, comme par exemple le vécu antérieur des stagiaires aides-soignants), une identité acquise (relevant des actions menées par le professionnel) et une identité visée (en lien avec le futur et les représentations au regard du métier d'aide-soignant) (Kaddouri, 2019b).

Face à ces tensions, l'individu élabore un projet mettant en jeu des stratégies identitaires afin de maintenir une certaine unicité et de donner du sens à son existence (Kaddouri, M., 1996). Ce projet,

spécifique à l'individu peut être exprimé de différentes manières et dans différents espaces : (professionnel, social, en formation) précise Kaddouri (*ibid*). Il se nomme le « *projet de soi pour soi* » (Kaddouri, 2019a, p.19). Ici, il s'agit du projet de la personne souhaitant devenir aide-soignant.

Néanmoins, l'individu se construit socialement (Dubar, 2015). C'est pourquoi, il existe un second projet, source de tensions avec le premier : le « *projet de soi pour autrui* » (Kaddouri, 2019a, p.18). Ce sont l'ensemble de « *comportement à adopter au sein de l'organisation* » (Kaddouri, 2002, p.36). C'est par exemple, l'organisation du domicile qui influence le comportement des aides-soignants et par conséquent le projet identitaire de ce dernier.

2.2.3 Dynamiques identitaires de l'aide-soignant et professionnalisation

Les deux projets sont indissociables (Kaddouri, 2002, p.36) et ils sont source de conflits dans la professionnalisation.

La première tension concerne le projet identitaire de l'individu (le projet du stagiaire de devenir aide-soignant), confronté au projet de l'autre sur soi (ici le projet du formateur ou du tuteur de stage sur le stagiaire) *(*Wittorski*,* 2007).

La seconde tension concerne une demande de reconnaissance du sujet par autrui, cette tension est donc conséquence de la première *(*Wittorski, 2009). Pour l'aide-soignant, elle fait particulièrement écho aux « *dynamiques de transformation identitaire* » explicitée par Kaddouri (Kaddouri, M., 2002, p.38). Cet auteur entend par *« transformation identitaire* » les personnes ayant une grande « *insatisfaction de leur Soi actuel »* (Kaddouri, 2002, p.38) et cherchant à convertir leur identité de manière constructive et dynamique pour contrer l'image actuelle. Ici, l'aide-soignant est à la recherche d'une autonomie plus importante pour faire reconnaitre son groupe professionnel. Dans cette dynamique, il va rechercher ce que nomme l'auteur « *un Soi plus valorisant* » (*ibid*). Néanmoins, si il est compliqué de s'en rapprocher ou si l'on insigne une identité non souhaitée à l'aide-soignant, la personne va en souffrir, précise ce dernier (*ibid*).

Dans cette vision, les interactions entre les acteurs multiplient les possibilités identitaires (De Ketele, *et al.,* 2010). Le « je » (identité héritée, acquise et visée) ne cesse d'interagir avec le « nous » (sphère professionnelle et sphère formative) (*ibid*). Pour Barbier (Barbier, 2011), ce sont même l'ensemble des savoirs (« objectivés » ou composante identitaire) mobilisés dans l'échange qui peuvent être vus comme « *des offres de significations ayant pour enjeu la construction de représentations identitaires, chez le destinataire certes, mais aussi chez le locuteur.* » (Barbier, et

Durand, 2015, p. 27). En ce sens, les interactions telles que celles, développées dans la collaboration interprofessionnelle, peuvent transformer l'identité de l'aide-soignant mais également le regard des autres professionnels sur ce groupe professionnel.

Wittorski complète cette idée en précisant que l'identité se construit à travers un jeu de négociations sociales ancrées dans un contexte particulier (Wittorski, 2007) et il devient important, comme il le souligne, de multiplier les voies de la professionnalisation dans la formation aide-soignante. En effet, ce dernier décrit six voies possibles participant différemment aux transformations identitaires des stagiaires (cf. annexe 2). Certaines s'appuient seulement sur le vécu du stagiaire, tandis que d'autres s'appuient sur le vécu et les échanges avec les autres professionnels (Wittorski, 2007). Se professionnaliser par l'intermédiaire de plusieurs voies permet donc au futur aide-soignant de faire évoluer son identité au regard du discours des autres mais également à travers les actions. C'est d'ailleurs, pour cela que Wittorski nomme la compétence « process d'action ». Ici, la compétence est un construit social, composée de cinq éléments interdépendants (social, cognitif, culturel, affectif, opératoire) et intervenant selon trois niveaux (macro, méso et micro). Le « process d'action » décrit contribue à l'évaluation du stagiaire par autrui, dans un contexte particulier. Il participe donc à la construction identitaire. En somme, le processus identitaire de l'individu se négocie au regard d'une organisation mais également au regard d'un construit social (Wittorski, 2007) (cf. annexe 3). En ce sens, nous pouvons supposer que l'organisation de santé actuelle (centrée sur la personne et orientée sur le territoire et la collaboration interprofessionnelle) peut transformer l'identité de l'aide-soignant dans la formation initiale.

Approfondissons les transformations possibles de l'organisation en santé afin de nous aider à comprendre, si celle-ci peut impacter l'identité de l'aide-soignant.

2.3 La coopération, la coordination et la collaboration interprofessionnelle en santé

La collaboration est un concept polysémique. Afin d'en éclairer sa compréhension au regard de la santé, il parait judicieux de traiter ce concept en lien avec des termes voisins : la coopération et la coordination.

2.3.1 La coopération

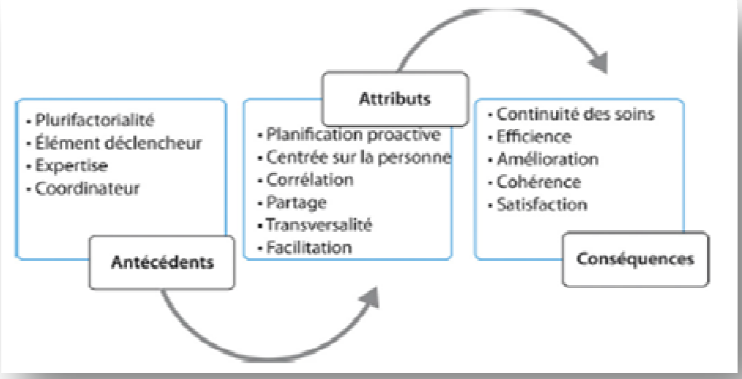
La coopération vient du latin *cooperatio* qui signifie d'après Le Grand Robert *« part prise à une œuvre faite en commun »* ("coopération", décembre 2020). Ici, la coopération se définit à travers la participation à un ensemble. Mazereau complète cette vision en apportant la notion de « *partage de règles et de valeurs au sein d'expériences de groupes de travail* » (Mazereau, 2015, p.54). En ce

sens, pour coopérer, il est nécessaire d'établir une culture commune. La coopération ne peut se résumer à ce seul attribut, pour Dollet (Dollet, 2014). Ce dernier en définit trois autres (en plus de cette notion) : un but commun, se connaitre et se reconnaitre et l'implication de la hiérarchie. Les individus coopèrent suite à une situation posant problème. Pour résoudre ce dernier, ils vont s'accorder, chaque individu est responsable d'une tâche. Or pour que l'équipe aide-soignante s'accorde avec les autres professionnels de santé, il est nécessaire d'identifier le champ de compétences d'autrui (exemple : champ de compétence du cadre de santé, de l'infirmier…), d'employer le même vocabulaire (utiliser un vocabulaire professionnel) et de partager la même culture (culture médicale et culture paramédicale). Le tout devant être managé, afin de rester fixé sur ce but commun (Dollet, 2014). Ici le cadre de santé peut jouer ce rôle.

2.3.2 La coordination dans la santé

Pour Guirimand et Mazereau, la coopération est « *la première étape de la coordination* » (Guirimand et Mazereau, p.62). Fishman-Bosc et ses confrères (Fishman-Bosc *et al.*, 2016) confirment également cela en expliquant que la coordination en santé est constituée de six attributs, dont l'un est la notion de partage comme dans le concept de coopération selon Dollet (Dollet, 2014). Ces derniers, expriment également que la coordination est influencée par des éléments précurseurs aux « attributs » appelés « antécédents », qui aident à la compréhension des situations. En retour, ces « attributs » engendrent « des conséquences » sur la situation.

Figure 1 : Fishman-Bosc A. et al. (2016). Clarification de concept: la coordination appliquée au domaine des soins.



Les attributs décris par Fischman-Bosc et ses collègues (Fishman-Bosc et *al.*, 2016) sont intéressants car ils peuvent nous aider à catégoriser la coordination sur le plan opérationnel, selon trois facettes.

La première facette décrite par ces auteurs est celle qui est propre à l'organisation. Elle concerne « *la transversalité, la corrélation et la planification pro active* » (Fischman-Bosc *et al.,* 2016, p.83). Concrètement, il s'agit là, d'outils comme la planification des soins des aides-soignants et des infirmiers, la gestion d'agenda. Cela en vue de communiquer efficacement et d'instaurer une relation propice au partenariat entre les aides-soignants et les autres professionnels de santé.

La deuxième facette exprimée par ces derniers est fonctionnelle ; elle touche au partage (partage d'information, partage de pouvoir et partage de connaissance entre les aides-soignants et les autres professionnels) et à la facilitation. Cela correspond à l'ensemble des échanges entre l'aide-soignant, l'infirmier et les autres professionnels, facilités par la mise en place de réunions.

Enfin la dernière facette, concerne le contexte. Il s'agit de la facette personnalisée, c'est à dire orientée sur le patient et ses proches.

Si cette définition semble relativement complète, Guirimand et Mazereau (Guirimand et Mazereau, 2018) rappellent que la coordination demande du temps mais également une formation. Selon eux, il est important de déchiffrer le fonctionnement des professionnels intervenant dans le parcours de soin.

2.3.3 Le continuum de la collaboration en santé

La collaboration est un processus et pas une fin en soi comme le soulignent Michaux, Defélix et Raulet-Croset (Michaux, Defélix et Raulet-Croset, 2011). Careau Emanuelle propose une définition en ce sens. Pour elle, la collaboration interprofessionnelle est « *un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté* » (Careau, 2013, p.10). En ce sens, la collaboration interprofessionnelle se centre sur la personne soignée et ses proches. Le réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) dont fait partie Madame Careau, exprime ce processus sous la forme d'un continuum englobant les pratiques de coopération et de coordination (Careau, *et al.,* 2018).

Pour eux, la collaboration est « *composée de quatre axes distincts : La situation, L'intention, Les interactions et Les savoirs disciplinaires* » (*ibid*, p.7).

La situation est le premier axe qui impacte les trois autres. En effet, plus les besoins de la personne et de ses proches sont complexes, plus ses besoins bio-psycho-sociaux s'ancrent dans un contexte

compliqué et plus il sera nécessaire d'entrer en relation de collaboration interprofessionnelle pour partager les expertises métiers. En ce sens, la collaboration se déplace sur un continuum de relations, plus ou moins fortes selon les situations rencontrées et selon le temps (les situations évoluant dans le temps). Tout l'enjeu, pour les professionnels, consiste donc à adapter leur pratique en vue de se corréler(précisent Careau et ses confrères en 2018).

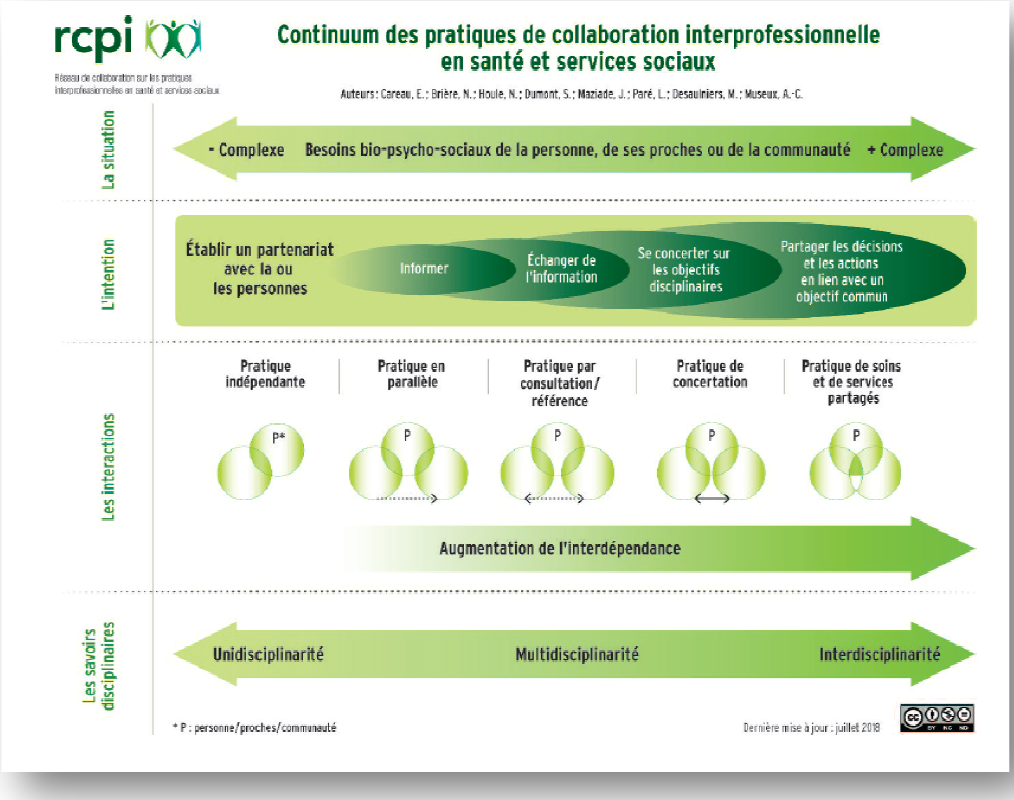
Quant à la composante « intention » elle renvoie à la « *clarification des liens* » (*ibid*, p.10) au regard de la situation du patient et de ses proches. En effet, la relation entre les professionnels sera différente s'ils recherchent juste à s'informer mutuellement ou s'ils partagent des décisions au regard d'objectifs communs. L'intention précède donc les interactions.

Les interactions découlent de la situation et des intentions. En effet, plus les situations sont compliquées, plus les professionnels vont avoir l'intention d'interagir avec d'autres métiers de champs différents afin de compléter leurs compétences (*ibid*). Les interactions sont donc centrées sur le patient et les proches. Ici le degré d'interdépendance des professionnels est fluctuant.

Enfin, les savoirs disciplinaires concernent les connaissances expertes de chaque professionnel au regard des besoins bio-psycho-sociaux du patient et de ses proches. Ici, les auteurs montrent, que selon les situations, les connaissances d'une profession ne suffisent pas toujours. Dans ce cas, il s'agit de partager les connaissances disciplinaires pour interpréter de manière globale les besoins du sujet et des proches de ce dernier.

En somme, le continuum éclaire l'organisation du travail des aides-soignants en service à domicile. Il nous permet de comprendre que l'organisation se centre davantage sur le patient et sa situation. Cette nouvelle organisation laisse supposer qu'elle peut transformer l'identité de ce métier car la relation patient-famille-professionnel est privilégiée. Pour autant, la définition de Careau et de ses confrères, évoque peu les identités métiers pouvant influencer la collaboration.

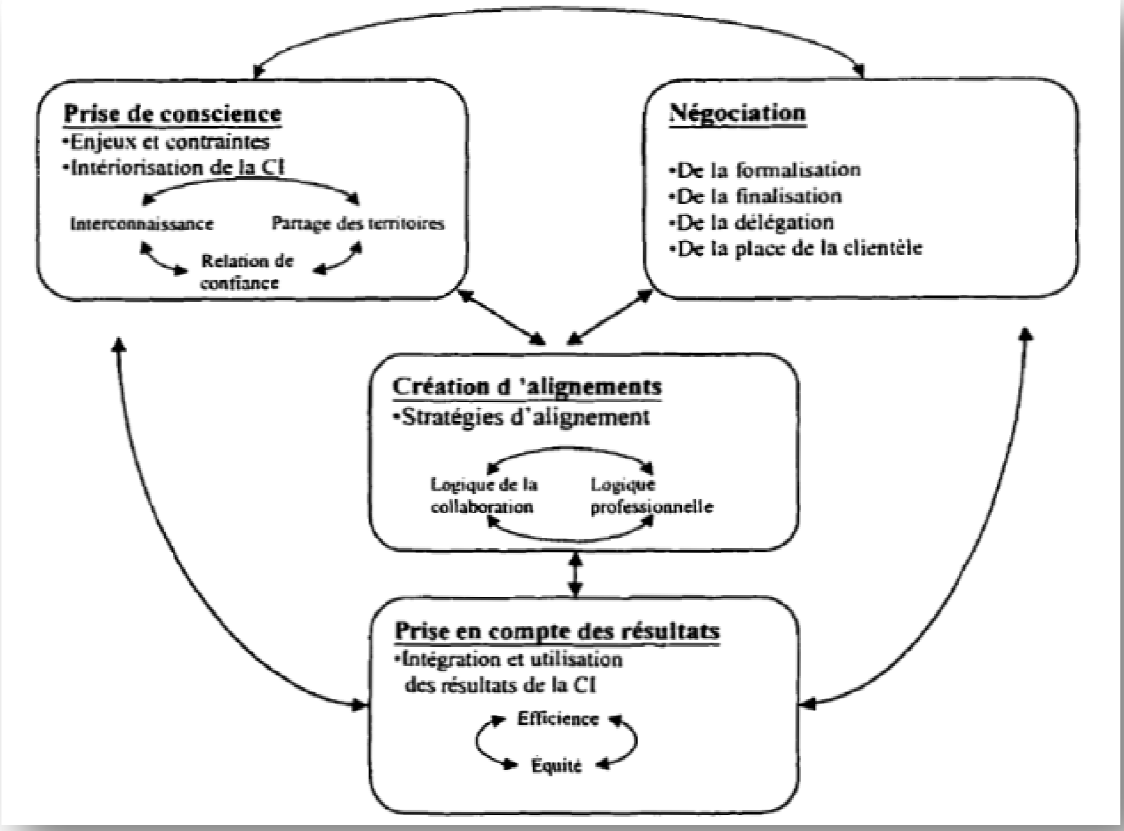
Figure 2 : Careau, *et al.* (2014 et rev. 2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux



2.3.4 Relation et collaboration

D'Amour (Amour, 1997), Sicotte et Lévy (Amour, Sicotte et Lévy, 1999) partent du principe que les acteurs sont stratégiques. Si ces derniers sont en accord avec le RCPI pour définir la collaboration interprofessionnelle comme un processus en perpétuelle évolution, pour eux les interactions ne sont pas innées.

Figure 3 : D'Amour (Amour, 1997) processus d'émergence et d'évolution de la collaboration interprofessionnelle



A la base de ce processus d'interaction, deux éléments sont nécessaires : la négociation et la prise de conscience précise D'Amour Daniel (Amour, 1997). Pour lui, les règles, les buts, la délégation et même la place du patient sont négociés.

Ici, les professionnels de santé et les aides-soignants tentent de négocier leur place pour collaborer. Cette négociation est en lien avec la prise de conscience que chacun doit effectuer. Pour travailler ensemble, il est important d'instaurer une relation de confiance, propice à une communication ouverte et respectueuse en vu de favoriser l'interconnaissance et le partage de territoire (partage de responsabilités, partage de décisions, partage de leadership) précise ce dernier. En ce sens, collaborer en interprofessionnalité interroge avant tout l'aide-soignant et les autres professionnels en qualité d'individu.

La négociation et la prise de conscience sont les deux éléments nécessaires pour s'aligner selon cet auteur. Il entend par « *alignements* » *(Amour,* 1997, p.225), le fait que les professionnels se décentrent petit à petit de leur logique professionnelle pour « s'enrôler » dans une logique

collaborative. Barbier Jean-Marie (Barbier, 2020) ajoute que les professionnels s'influencent de manière réciproque ce qui impacte en retour leur construction identitaire.

De plus, les professionnels vont prendre conscience de leurs équités et de la cohésion du groupe, complète D'Amour Daniel (Amour, 1997). La productivité est renforcée car il y a intégration du groupe, expriment Deaudelin et Nault (Deaudelin et Nault, 2003). Ici, les lignes hiérarchiques sont gommées. L'aide-soignant s'inscrit en qualité de collaborateur de l'infirmier et non plus sous sa responsabilité. Il peut déployer des stratégies de négociations sociales concourant à sa conversion identitaire.

En somme, l'hypothèse que le travail en collaboration interprofessionnelle peut transformer l'identité du métier d'aide-soignant est formulée.

3. Question de recherche et hypothèses

La constitution du cadre théorique a fait évoluer notre questionnement. Ainsi, à la suite de ces lectures, nous avons appris que l'aide-soignant s'inscrit dans des dynamiques identitaires de transformation. Insatisfait du manque d'autonomie actuel, il recherche un « Soi » plus valorisant exprime Kaddouri (Kaddouri, 2002). La formation initiale professionnalisante peut contribuer à cette transformation du groupe aide-soignant associée à celle de l'individu

Pour autant, le contexte actuel, peut-il également y contribuer ? Ceci, nous interroge particulièrement car nous avons constaté que l'organisation de la santé a évolué depuis 2009. Elle se tourne dorénavant vers un exercice en collaboration sur le territoire, centré sur une prise en charge holistique du patient. Or, à ce jour, très peu d'études sont menées sur le métier d'aide-soignant. Hormis Anne-Marie Arborio nous n'avons trouvé aucun auteure ayant étudié ce métier. La place qu'occupe l'aide-soignant dans la collaboration interprofessionnelle n'est pas connue, ni si son identité se transforme au regard de cette nouvelle organisation en santé.

C'est pourquoi nous souhaitons orienter notre questionnement sur ce thème. Aujourd'hui, quelles transformations identitaires peuvent- être observées chez l'aide-soignant ? Le renforcement de l'exercice de l'aide-soignant en service à domicile a-t-il un impact sur les dynamiques identitaires du groupe ? Prendre en charge le patient de manière holistique engendre-t-il une évolution identitaire pour l'aide-soignant ? Le développement de pratiques collaboratives interprofessionnelles peut-il transformer l'identité de l'aide-soignant ? Quels besoins de formations cela occasionne ?

Ainsi, notre question de recherche peut être formulée de la manière suivante :

Quelles sont les transformations identitaires actuelles des aides-soignants en formation initiale?

En se référant aux travaux de Wittorski Richard sur la professionnalisation et de Kaddouri Modkar sur les dynamiques identitaires, nous avons appris que la professionnalisation peut être vue comme un processus de négociations identitaires entre le sujet et son environnement. C'est-à-dire que l'identité se construit dans l'action, au regard d'une organisation mais également, à travers les négociations sociales. Or aujourd'hui, l'activité aide-soignante se développe davantage en services de soins à domicile. Par ailleurs, la politique de santé orientée sur le parcours du patient, engendre une nouvelle organisation de la santé et multiplie le travail en collaboration interprofessionnelle. Ainsi, en s'appuyant sur les lectures, l'idée apparaît que l'identité aide-soignante se transforme actuellement au regard de l'organisation en service à domicile centrée sur le patient et/ou au regard de la multiplication des interactions interprofessionnelles. D'où la formulation des deux hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Le développement de la collaboration pluri et interprofessionnelle, en majorant les interactions entre les aides-soignants et les autres professionnels de champs différents, transforme l'identité de ce métier.

Hypothèse 2 : Le développement de l'exercice aide-soignant en service à domicile (SSIAD[1], SPASAD[2], HAD[3]) transforme l'identité de ce métier.

4 Méthodologie de recherche

Une fois l'étude théorique effectuée, la question de recherche et les hypothèses qui s'y rattachent déterminées, il est important de confronter la recherche à la réalité du terrain. Pour cela, plusieurs méthodes peuvent être utilisées : questionnaires, monographies, observations, entretiens. Ici, la technique de l'entretien semi-directif semble la plus adaptée car elle va nous permettre de confirmer ou non les hypothèses énoncées ci-dessus.

4.1 Définition de la population

La problématique interroge l'identité de l'aide-soignant. Alors recueillir les propos des aides-soignants en exercice est la priorité pour accéder à l'identité actuelle du métier. Par ailleurs, comme

[1] Service de Soins Infirmiers A Domicile
[2] Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
[3] Hospitalisation A Domicile

le précise. De Ketele, J. *et al.* (De Ketele, *et al.,* 2010) l'individu se transforme professionnellement au regard « *d'une dynamique où interagissent trois types d'identités : l'identité héritée, l'identité désirée et l'identité agie.* » (De Ketele, *et al.,* p.51). Interroger les professionnels c'est connaître cette identité héritée (histoire personnelle en lien avec le métier) l'identité qu'ils désirent (ce qu'ils souhaitent et de quelles manière ils pensent voir leur métier évoluer) et l'identité qu'ils construisent chaque jour à travers leurs actions. De cette manière une vision globale de l'identité actuelle du métier est obtenue en confrontant le projet individuel de l'aide-soignante à l'offre identitaire proposée par l'organisation.

4.2 Méthode d'échantillonnage

L'échantillon est qualifié d'échantillon par homogénéisation selon Pirès. Il est qualifié, ainsi car il n'y a pas de critère de sélection des aides-soignants, hormis le fait qu'ils exercent en services à domicile (SSIAD, SPASAD, HAD). En effet, Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (Quivy, Van Campenhoudt, 2011) rappellent que la diversité des profils donne des chances plus importante d'obtenir un recueil d'informations diversifiées et contrastées. Accéder à un panel large d'informations permet d'identifier rapidement le moment dit de « saturation » et d'ainsi obtenir une vision globale des transformations identitaires actuelles représentatives du groupe professionnel « aide-soignant ». Une dizaine d'entretiens est donc effectuée.

4.3 Terrain de recherche

Le terrain de recherche concerne les services à domicile puisque les transformations identitaires du métier d'aide-soignant sont visées au regard de la nouvelle organisation de la santé tournée sur le territoire. De plus, ces services sont prioritaires car dans le contexte de la recherche, cité précédemment les aides-soignants sont de plus en plus amenés à travailler dans ce type de structure.

En choisissant d'interroger des aides-soignants travaillant à domicile, dans des structures partenaires de l'IFSO (lieu où nous effectuons notre mission), le lien peut être fait directement avec les dynamiques identitaires qui ont lieu en formation initiale. En effet, la formation « d'aide-soignant » est une formation par alternance et chaque stagiaire, en cursus complet, effectue un stage en extrahospitalier (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). A l'IFSO, ce type de service est répertorié comme étant une structure d'accueil pour personnes âgées. Or chaque stagiaire aide-soignant (en cursus complet ou partiel) doit obligatoirement effectuer un stage auprès de ce public (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). De plus, dans le contexte de la recherche, les stagiaires effectuant la formation en cursus partiel peuvent être « titulaires du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou de la mention complémentaire aide à domicile » ou être « titulaires du

titre professionnel d'assistant de vie aux familles » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.14). Ces lieux d'exercices sont donc particulièrement connus des stagiaires en formation initiale impactant leur « identité agie » voire leur « identité héritée » (si ces derniers ont déjà travaillé à domicile en qualité d'auxiliaires de vie sociale ou assistants de vie aux familles, par exemple). En effet, Kadourri précise que le lieu de stage influence l'identité métier du stagiaire car l'environnement professionnel valorise une identité au regard d'un fonctionnement (De Ketele, *et al.,* 2010).

4.4 Méthode visée de captation de la population

Pour capter la population à interroger un courriel a été envoyé aux services à domicile (HAD, SSIAD) partenaires du lieu de stage. Ce choix est dû à la crise sanitaire limitant nos déplacements. Nous avons informé des éléments suivants : une présentation de l'identité (étudiante en master 2 I.C.F) et les objectifs de la recherche afin que le lecteur puisse situer la demande. Le statut d'étudiante chercheuse était bien précisé afin de montrer la liberté des propos pour les interviewés. Enfin, des éléments sur le déroulement des entretiens (durée, lieu de passation, procédures, anonymat) ont été donnés afin que le lecteur visualise la démarche et puisse s'organiser. Un accusé de réception et de lecture a été demandé pour s'assurer de la lecture de cet e-mail et de disposer d'une réponse rapidement.

Pour autant, les courriels sont restés sans réponse. De nouvelles demandes ont été effectuées cette fois par téléphone (la crise sanitaire nous empêchant de nous rendre directement dans les locaux des prestataires de services). Lors des premiers appels, dès la présentation comme étudiante en master 2 I.C.F en stage sur l'IFSO (centre de formation partenaire de la structure) les interlocuteurs ont refusé de poursuivre, mettant en avant la crise sanitaire et le manque de personnel.

Suite à ces premiers refus, nous avons décidé de changer de stratégie en nous présentant directement comme infirmière et étudiante en master 2 I.C.F. De cette manière nous avons fait comprendre aux personnels des structures que nous partagions la même culture et que nous comprenions la difficile situation actuelle. Grâce à ce changement de posture nous avons obtenu trois réponses favorables en SSIAD. Pour autant, nous avons pu échanger essentiellement auprès des infirmières coordinatrices. En effet, les professionnels ont mis en avant l'absence de boîte mail professionnelle des aides-soignants, ajoutant que le seul moment où l'ensemble de l'équipe aide-soignante était présente correspondait aux temps de réunions hebdomadaires (réunions d'informations et de suivis des patients). Cela n'était donc pas propice à présenter la demande. Les infirmières coordinatrices ont ainsi avancé qu'il était préférable que se soient elles qui présentent le

projet. Etant donné que nous n'avions pas accès directement à la population aides-soignantes pour présenter notre démarche, nous avons proposé aux infirmiers de leur envoyer un e-mail complétant les propos à l'oral. Cet e-mail était constitué des mêmes éléments que précédemment. Nous avions juste accentué notre présentation, les possibilités de nous contacter directement par mail ou par téléphone et la reconnaissance portée aux aides-soignants qui acceptaient notre demande.

Malgré une approche organisée (échange oral puis écrit avec les infirmières coordinatrice) cette intermédiaire supplémentaire a pu constituer un biais dans la présentation de notre démarche. Dans l'ensemble, nous avons reçu moins d'une dizaine de réponses favorables des aides-soignants, seuls deux SSIAD ayant renvoyé la liste des personnes intéressées. Pour autant, un des deux SSIAD s'est particulièrement investi, puisque les aides-soignantes nous ont contactées directement par mail ou par téléphone.

Afin de combler cette absence d'interlocuteur, nous avons fait le choix de mettre en avant notre réseau personnel. Nous avons donc contacté par téléphone une aide-soignante travaillant dans un SSIAD en cours de restructuration car évoluant en SPASAD. Grâce à ce contact, nous avons pu directement présenter notre démarche aux aides-soignantes. Cette présentation s'est faite par e-mail ou par téléphone pour les mêmes raisons que citées précédemment (crise sanitaire limitant les rencontres). Ce nouveau mode de contact a particulièrement fonctionné car nous avons obtenu de nombreuses réponses favorables en moins de 48 heures. Néanmoins cette structure n'a pas de lien direct avec l'IFSO où nous effectuons notre mission.

4.5 Outils choisis

L'outil choisi concerne les entretiens car notre recherche tente de comprendre les possibles transformations identitaires actuelles de l'aide-soignant au regard de la formation initiale. Cela n'est donc pas directement observable puisque notre problématique cherche à comprendre une dynamique, comme le précise Kaddouri Mokhtar (2019a). Par ailleurs, nous souhaitons comprendre un problème précis, où il est nécessaire d'accéder aux réflexions des aides-soignants car il s'agit d'un sujet mettant en jeu un système de relation : l'aide-soignant, les autres professionnels de santé, les stagiaires en formation. De plus, le processus que nous souhaitons comprendre est en lien avec le contexte social actuel : nouvelle offre de santé orienté sur le territoire et la collaboration interprofessionnelle. Cet outil est intéressant car il permet d'accéder au cadre de référence dans lequel évolue les futurs aides-soignants : accès aux langages et catégories mentales (Quivy, Van Campenhoudt, 2011).

Le choix s'est porté sur des entretiens « semi-directifs » car le sujet est approfondi et des hypothèses sont construites. Des éléments en profondeur sont recueillis grâce à cette technique qui guide l'interlocuteur tout en lui laissant une grande liberté de parole.

Un guide d'entretien (cf. annexe 4) a été élaboré pour rester au plus près du questionnement. Pour le constituer, nous nous sommes appuyée sur les trois concepts étudiés selon les angles théoriques choisis. Dans le guide des entretiens, la présentation de l'aide-soignante a permis d'évoquer l'identité héritée. La professionnalisation et les dynamiques identitaires (demande identitaire du sujet, projet de soi) ont été développées principalement lors de la thématique portant sur le métier d'aide-soignant et sa formation. Enfin le concept de collaboration et l'offre identitaire proposée par l'organisation ont été étudiés dans la thématique portant sur la nouvelle offre de soins orientée sur le territoire.

Afin que le guide soit le plus compréhensible possible, nous avons effectué des entretiens préalables qui ont mis en exergue que le terme identité n'était pas commun à ce public. Nous l'avons donc défini succinctement à partir d'autres termes pour aider à mieux cibler la question.

4.6 Design de l'étude

Etant donné que l'entretien est une situation de communication directe se basant sur la parole spontanée de l'interviewé, il est important de s'assurer de sa libre participation. Nous avons veillé à ce que la personne soit le plus disponible physiquement et psychiquement. Par conséquent le lieu de déroulement des entretiens n'a pas été déterminé à l'avance. L'important étant qu'il se déroule dans un endroit calme. Les dix entretiens se sont donc déroulés au domicile de l'aide-soignante.

Par ailleurs, pour que les entretiens soient productifs, il a été nécessaire d'installer une relation de confiance, afin que l'interviewée puisse se livrer facilement et en toute honnêteté. De notre point de vue, il a été important d'expliquer de façon claire et concise les éléments suivants : une présentation succincte du cadre de la recherche, l'objectif de la recherche, la démarche de recherche, les modalités de restitution, le rappel du respect de la confidentialité et de l'anonymat (codification des entretiens pour garantir l'anonymat) et l'intérêt d'enregistrer l'entretien. Par ailleurs, nous avons souhaité rappeler à l'interviewée sa liberté de parole en affirmant que toutes les réponses sont intéressantes et permettront de poursuivre la réflexion sur le sujet.

Une fois ces éléments expliqués, pour démarrer l'entretien nous avons invité les personnes interrogées à décrire leur quotidien : « *En qualité de professionnel de la santé, j'aimerais que vous me parliez de votre métier et de vos observations par rapport à l'identité professionnelle actuelle*

qui se transforme». Afin d'aider les aides-soignantes à cibler le terme « actuelle » qui est vaste, nous avons souhaité préciser le contexte : *«J'entends par transformations actuelles, le développement de votre exercice à domicile et la collaboration avec d'autres professionnels sur le territoire ».* Cette question a permis d'initier la parole tout en ciblant le sujet de la recherche afin d'éviter que les personnes s'orientent sur d'autres éléments.

Durant l'entretien, nous avons été vigilantes à ce que l'ensemble des thèmes du guide d'entretien soit évoqué sans ordre de préférence : parcours professionnel, demande identitaire, professionnalisation, collaboration et offre identitaire véhiculée par l'organisation.

Nous avons été également attentives dans nos propos et nos attitudes non verbales à ne manifester aucun jugement ou induire des propos négatifs ou une posture de domination. Nous avons tâché d'adopter une écoute active, bienveillante et empathique, laissant la place aux silences (pour laisser le professionnel réfléchir à ce qu'il va dire), tout en utilisant, quand il le fallait, des relances faisant fonction de soutien (technique de résumé, technique du reflet) ou faisant fonction d'accompagnement (reformulation écho, questions de relances).

Afin d'être le plus à l'écoute possible des propos des interviewées et de maintenir une relation de confiance tout au long de l'entretien, nous avons été vigilante à ne prendre que quelques mots à l'écrit, sur un carnet regroupant l'ensemble du recueil de données.

Ce carnet permet, en outre, d'identifier chaque entretien : Qui ? Où ? Comment ? Quand ? Pourquoi ? De cette manière, nous pouvons réutiliser cet outil dans l'analyse du recueil. En effet, au-delà des données enregistrées, il nous semble important d'analyser le contexte dans lequel les entretiens sont menés, les difficultés rencontrées, notre perception de l'entretien. De plus, disposer d'un carnet nous parait important pour toutes les informations échangées une fois l'enregistrement arrêté. Ici notre expérience professionnelle en qualité d'infirmière a pu être mise à profit, car il est possible que les aides-soignantes se soient confiées davantage, de par notre expérience, une fois l'enregistrement arrêté.

4.7 Limites de l'enquête de terrain

Dans tous les cas, respecter les règles énoncées précédemment a été essentiel même s'il est certain que des limites sont apparues au cours des divers entretiens.

Les limites liées à la situation sanitaire actuelle ont nécessité le recours à la visioconférence, voire à l'appel téléphonique. Six aides-soignantes ont signifié ne pas savoir se servir de la visioconférence

ou être stressées de l'utiliser. Afin de faciliter la mise en confiance, le choix a été fait de rester sur des entretiens téléphoniques pour ces dernières.

De plus, des difficultés ont été rencontrées dans la mise en œuvre puisque faute de réseaux internet, la visioconférence a été stoppée et il a été nécessaire de basculer sur le téléphone, pour deux d'entre elles (entretiens : EB*S et EV*SP). Pour autant, même si cette situation particulière est occultée, des limites persistent à ce type de méthodologie.

Il y a des limites à la situation (lieu, temps réel de l'entretien, relation). En effet, sur les quatre entretiens jugés les plus productifs (en lien avec notre sensibilité vis à vis du cadre théorique étudié), trois ont été effectués grâce au réseau personnel (entretiens : EC*SP, EN*SP, EV*SP). Le fait d'avoir une connaissance en commun a joué favorablement à l'installation de la relation de confiance.

Il a pu y avoir des limites liées à la disponibilité psychique de l'aide-soignante. Notamment, deux entretiens effectués en visioconférence ont été perturbés par des enfants au cours de l'échange (EC*SP et EL*S).

Notre disponibilité psychique a également influencé les entretiens. Sur les trois interviews menés en stage (les sept autres ont été effectués à notre domicile), deux ont été courts (EM*SP et EH*SP) et un a semblé très informatif (EB*S). Ayant le souci de rester disponible en cas de sollicitation des stagiaires aides-soignants et autres intervenants, nous avons limité les relances, sans toutefois écourter l'entretien.

Ici, le fait d'être infirmière et d'effectuer la mission au sein d'un institut de formation aide-soignant a eu un impact sur les propos tenus des personnes En effet, ces dernières ont eu tendance à utiliser le vocabulaire professionnel sans préciser leurs pensées, pensant que nous visualisions ce qu'elles voulaient dire. Plusieurs fois, nous avons dû leur demander d'expliciter leurs propos afin de ne pas faire d'amalgame entre leur vécu et le nôtre (en qualité d'infirmière). De plus, certains propos ont fait particulièrement écho à notre histoire professionnelle ayant travaillé en structure extrahospitalière (EHPAD). Veillant autant que possible à différencier notre statut dans cette recherche et notre vécu professionnel, nous nous sommes focalisée sur la question de recherche et sur les hypothèses émises pour déconstruire notre posture. Malgré tout, il est possible que cela constitue un biais dans la recherche.

Il ne faudrait également pas prétendre, par cet outil, à avoir accès à ce que les gens pensent réellement. En effet, les personnes se sont généralement conformées à l'idée qu'elles se font de ce

que nous attendions. Plusieurs l'ont, d'ailleurs, exprimée : « *Je suis partie dans la bonne direction de c'que vous souhaitez euh…* ? » (entretien : *EB*S*) ou encore « *Qu'est-ce que vous aimeriez entendre vous ? » (*entretien : EK*S)

Parallèlement aux limites évoquées par la méthodologie de recherche, un point de vigilance a été identifié au regard de la question de recherche. En effet, celle-ci s'intéresse à la professionnalisation sur le plan identitaire. Or, ce sujet suscite des questions sur le plan méthodologique et éthique. Kaddouri Mokhtar (2019b), rappelle que s'intéresser à l'identité sur le plan de la recherche nécessite de différencier le signal de l'indice. En effet, selon lui *« Le signal indique un acte volontaire adressé à l'interlocuteur alors que l'indice ne l'indique pas.* » (Kaddouri, 2019b, p.69). L'indice est donc dissimulé dans le discours contrairement au signal ce qui a impliqué d'être vigilante lors de l'analyse du recueil de données.

Enfin, les échanges avec les dix personnes interrogées ne peuvent représenter qu'une réponse partielle au questionnement.

4.8 Méthodologie de traitement des données

Pour analyser le recueil de données, nous avons anonymisés les entretiens, sont notés « E » associé à une lettre choisie au hasard pour donner une indication au lecteur sur l'interviewée. Ce premier codage est suivi d'un astérisque où la lettre « S » pour SSIAD où les lettres « SP » pour SPASAD sont ajoutées. En effet, l'exercice en SPASAD et celui en SSIAD peut influencer l'organisation et le résultat de l'enquête.

Afin de visualiser l'ensemble du recueil de données un tableau comprenant : la date du diplôme de l'aide-soignant, le lieu d'exercice, le sexe, le ou les moyens pour le réaliser, le lieu de réalisation, la durée de l'entretien est élaboré.

Qui à répondu :	Lieu d'exercice (SSIAD, SPASAD)	Année de diplôme	Sexe	Moyens de réalisation	Lieu de réalisation	Durée enregistrée en minutes
EN*SP	*SSIAD évoluant vers un SPASAD*	*1983*	*F*	*téléphone*	*Maison*	*50*
EG*S	*SSIAD*	*1998*	*F*	*téléphone*	*Maison*	*80*
EA*SP	*SSIAD évoluant vers un SPASAD*	*1990*	*F*	*téléphone*	*Maison*	*40*
EH*SP	*SSIAD évoluant vers un SPASAD*	*2018*	*F*	*téléphone*	*Stage*	*40*
EB*S	*SSIAD*	*2008*	*F*	*Zoom puis téléphone*	*Stage*	*70*
EM*SP	*SSIAD évoluant vers un SPASAD*	*2015*	*F*	*téléphone*	*Stage*	*38*
EK*S	*SSIAD*	*2001*	*F*	*zoom*	*Maison*	*45*
EC*SP	*SSIAD évoluant vers un SPASAD*	*2009*	*F*	*zoom*	*Maison*	*70*
EV*SP	*SSIAD évoluant vers un SPASAD*	*2017*	*F*	*Zoom puis téléphone*	*Maison*	*56*
EL*S	*SSIAD*	*2010*	*F*	*zoom*	*Maison*	*39*

Pour effectuer une analyse au plus près des propos des aides-soignants, nous avons tout d'abord retranscrit intégralement l'ensemble des entretiens.

L'analyse est effectuée en deux parties. La première partie, dite « analyse longitudinale » permet d'analyser séparément les entretiens au regard des différents thèmes et des grilles d'analyses préalablement définies. La seconde partie, dite « analyse transversale et thématique » permet de confronter les différents entretiens au regard de chaque thème. Ainsi, est déterminé ce qui, d'un entretien à un autre diffère ou est similaire en fonction de chaque thème. Cette analyse produit des résultats significatifs permettant de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de la recherche.

Pour procéder à ces deux analyses, nous avons fait le choix d'intégrer les entretiens retranscrits dans un logiciel tableur (Excel) De cette manière l'ensemble des entretiens a été encodé. Pour se faire, les propos des personnes interviewées ont été synthétisés en veillant à utiliser des termes communs entre chaque entretien. Ensuite, ces synthèses encodées ont facilité le regroupement du corpus par indicateurs en référence à une grille d'analyse élaborée au regard du cadre conceptuel afin de rester au plus près du questionnement tout en gardant l'esprit ouvert (cf. Annexe5). Cette méthodologie, sous forme de tableau a permis de faciliter l'analyse transversale (cf. annexe 6).

Ci-dessous, la structuration des tableaux pour chaque indicateur :

Indicateurs en lien avec la grille d'analyse			
N°de cellule retranscription	CORPUS	CODAGE	SYNTHESE
Nom encodé de la personne interrogée			
Cellule où se trouvent initialement les propos de la personne (avant les tableaux par indicateur)	***Propos de la personne***	*Premier codage au regard de la synthèse*	*Synthèses des propos par unité de sens*

Afin de rendre plus explicite l'analyse longitudinale et de faciliter les comparaisons entre chaque personnes interviewées le choix est fait de représenter graphiquement chaque entretien en regroupant des indicateurs de la grille d'analyse.

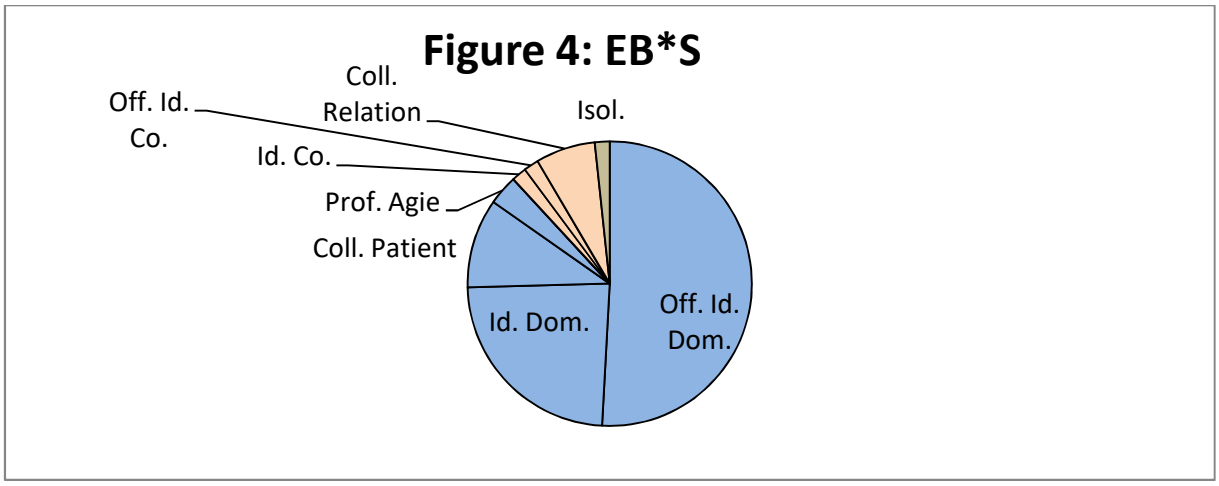
Le tableau ci-dessous explicite la lecture des graphiques représenté sous forme de secteur :

Couleur et hypothèses	Indicateurs regroupé	Indicateurs
Hypothèse 2 : Le développement de l'exercice aide-soignant en service à domicile (SSIAD, SPASAD, HAD) transforme l'identité de ce métier.	Prof. Agie	concept de professionnalisation : LA, LRS, LRP
	ID. Dom	Espace de la demande identitaire : IA, IC
	Off. Id. Dom	Espace de la négociation, offre identitaire : MC, MA, MO
	Coll. Patient	Continuum de la collaboration : INT, SD, SCO, ITR
Pas ou peu de collaboration avec d'autres professionnels	Iso.	Pas ou peu d'interaction avec d'autres professionnels : ITR-
Hypothèse 1 : Le développement de la collaboration pluri et interprofessionnelle, en majorant les interactions entre les aides-soignants et les autres professionnels de champs différents, transforme l'identité de ce métier.	Prof. PM	concept de professionnalisation : LIA
	Id. Co	Espace de la demande identitaire : ICU, IS
	Off. Id. Co.	Espace de la négociation, offre identitaire : MS, MCU
	Coll. Relation	Collaboration interprofessionnelle : N, IT, PT, R, PEQ, PEF

5- Analyse des données

5.1 Analyse longitudinale

5.1.1 Etre aide-soignant à domicile c'est évaluer



L'entretien de EB*S s'est effectué en stage. Si ce dernier a duré plus d'une heure, les échanges ont paru très informatifs et peu approfondis au regard du projet identitaire de l'interlocutrice. En effet, celle-ci s'est essentiellement exprimée avec le pronom indéfini « on » ou à la première personne du pluriel. De plus, si madame exerce depuis 13 ans en qualité d'aide-soignante et si ce projet est issu d'une reconversion professionnelle, nous ne savons pas pour quelle raison cette dernière s'est réorientée dans le soin alors qu'elle travaillait auparavant dans la vente. Avec le recul, nous aurions dû relancer madame à ce sujet lors des échanges.

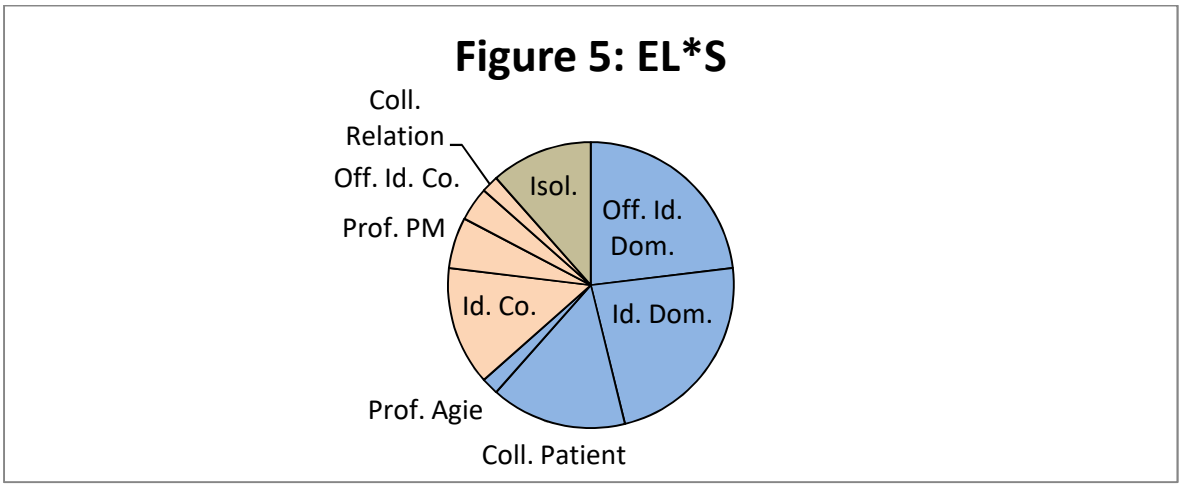
Pour autant, elle lie consciemment son vécu (identité héritée) avec son métier actuel. Ainsi pour elle, la communication avec le patient à domicile est proche du domaine de la vente : « *c'est pas tout à fait le même rapport mais au niveau communication ça y ressemble beaucoup quand même* » (273, IS). Pour elle, l'aide-soignant doit vendre son service au patient afin que celui-ci accepte le soin : « *c'est quelqu'un qui sait se faire accepter euh… des patients, en général.* » (344, IC). Par ailleurs, elle attache de l'importance dans l'observation du patient au regard des surveillances cliniques. Elle précise notamment à deux reprises « *c'est beaucoup de prévention en fait*. » (244, IC) et elle insiste sur les termes « *nous surveillons et voilà, nous faisons attention* » (33, IC). Nous percevons ici, une demande de reconnaissance du rôle de l'aide-soignant, comme un professionnel acteur dans l'éducation thérapeutique. En effet bien qu'il puisse en faire partie, l'aide-soignant n'est pas considéré à ce sujet dans les textes législatifs (Ministère des Solidarités et de la Santé., 2017, 6 décembre)

Madame EB*S est investie affectivement dans son métier puisqu'elle exprime que « *c'est un peu grâce à ça : la façon dont euh…ça s'est passé avec les patients euh… et avec l'équipe euh….* » (332, IA) qu'elle exerce aujourd'hui en SSIAD. Pour autant, elle exprime être venue travailler à domicile, plus en lien avec sa vie personnelle qu'au regard d'un projet professionnel. En effet, elle explique que le SSIAD était à proximité de son domicile et que les horaires de travail associés au temps partiel lui permettaient de limiter les coûts pour garder ses enfants. Néanmoins, la reconnaissance identitaire que lui offre l'organisation à domicile est en accord avec sa demande. En effet, l'aide-soignante intervient seule chez le patient. Elle dispose donc d'une certaine « *autonomie pratique* » (Schweyer, 2018, p.131) en service de soins infirmiers à domicile : « *y'a quand même une certaine autonomie* » (100,MO). EB*S apprécie cette liberté d'organisation car elle peut disposer du temps nécessaire pour prendre en soin le patient. Au-delà « *de l'adaptation* » (356, MC), des conseils et de la relation de proximité à domicile (« *animer un p'tit peu notre présence* » (269, MC)), elle met en avant le rôle de l'aide-soignant en terme de prévention. Pour cette dernière, il est important d'apprécier « *L'état clinique des patients » (360, MC)* d'*«évaluer le degré de gravité également (222, MC),* afin *« de réagir assez vite »* (360, MC) car le patient reste seul chez lui par la suite. Cet entretien met donc particulièrement en exergue, les capacités d'analyse requises par l'aide-soignante au regard de son autonomie et d'un travail relativement solitaire.

La collaboration n'est donc pas une activité développée pour cette dernière, qui la perçoit essentiellement à travers la relation à instaurer avec les auxiliaires de vie lors de soins communs. Pour autant, elle insiste sur le regard positif porté par l'infirmière coordinatrice sur son travail. En effet, cette dernière explique que *« la coordinatrice »* la *« soutient beaucoup de ce côté-là »* (384, MA) précisant que cette dernière est à l'écoute des remarques de l'équipe aide-soignante.

En somme, cet entretien permet d'expliciter qu'un aide-soignant n'intervient pas seulement pour faire des soins, il évalue également l'état clinique du patient. Le domicile accentue cette identité présentée dans le référentiel de formation actuel à travers l'unité 2 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). C'est d'ailleurs l'un des axes présenté dans le nouveau référentiel à venir puisque Madame Buzyn en février 2020 avait souhaité « *mettre un accent particulier sur la prévention* » tout en développant de nouvelles activités (Discours d'Agnès Buzyn sur les Aides-soignants - 12 février 2020 –., 2020, 13 février, p.5).

5.1.2 C'est exercer en Humanitude



EL*S, aide-soignante depuis 2009, a toujours exercé en SSIAD. A l'aube de la mise en place d'un nouveau référentiel, elle pense que le métier d'aide-soignante à domicile va évoluer car la charge de travail des professionnels de santé s'est accentuée (84, ICU). Elle exprime d'ailleurs que les actes vont se diversifier et pense que cela va s'orienter sur des tâches relevant du rôle infirmier tel que les pansements (91, ICU). Ces réflexions font écho au débat actuel portant sur 27 actes relevant du rôle infirmier et pouvant être délégués à l'avenir à l'aide-soignant (Renaud, A., 2019, 19 novembre).

Pour autant, EL*S ne perçoit pas seulement son métier au regard des soins prodigués. Elle attache également beaucoup d'importance à la relation. En effet, elle exprime avoir choisi ce métier pour «*Etre auprès des personnes* » (30, IS) tout en restant « *aussi dans le soin* » (140, IS). Ainsi pour elle, l'aide-soignant est quelqu'un : « *qui sait écouter. Qui sait être patient.* » (144, IC). Pour elle, il est important que l'aide-soignante s'adapte à la personne. D'ailleurs, sa formation initiale était particulièrement orientée sur l'Humanitude et les personnes âgées souffrantes de troubles cognitifs. L'humanitude peut se décrire comme une philosophie du soin reposant sur : « *le respect de l'autonomie ; le principe d'ajustement ; la notion de personne (être humain unique, dont le point commun avec les autres est de pouvoir être diffèrent des autres…)* »(Gineste, Marescotti et Pellissier, 2008, p.48). La formation suivie initialement par EL* S était professionnalisante sans aucun doute. En effet, comme l'exprime Wittorski (Wittorski, 2007) à ce sujet, celle-ci a influencé l'identité professionnelle de EL*S. Ces propos expliquent l'attachement de l'interviewée aux savoir-être de l'aide-soignant dans les soins : «*être doux, de la douceur* » (146, IC).

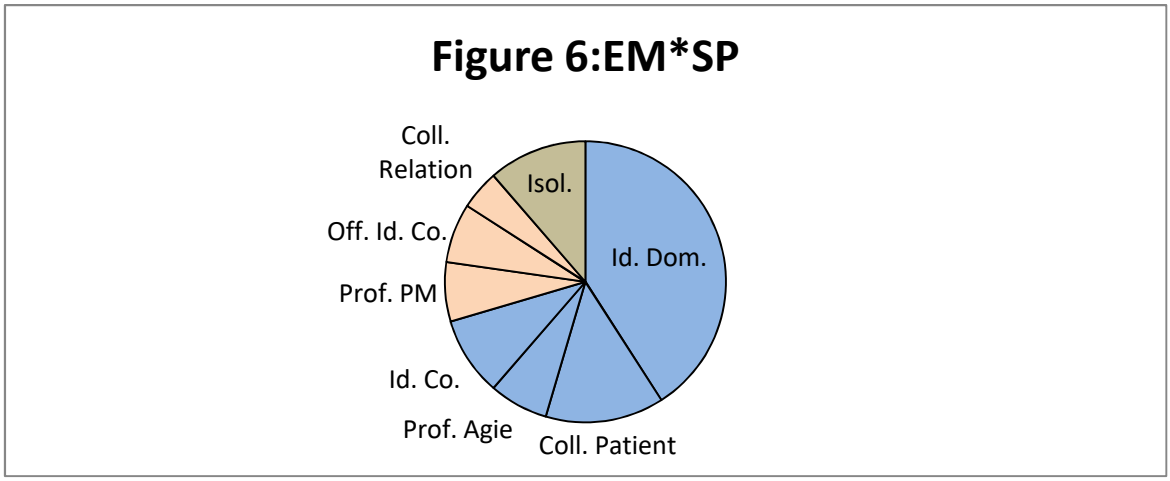
Le domicile lui permet de concilier ce projet identitaire à la réalité car elle exprime qu'elle peut laisser les patients évoluer dans leur réflexion vis-à-vis du soin : « *les laisser aussi face à leur, leur petit bout de chemin » (67, MC).* Cette dernière argumente qu'à domicile elle peut s'adapter à la

personne et non l'inverse comme c'est le cas en structure *:* « ils *s'adaptent au service et non à la personne*» (67, MC).

Pour autant, EL*S regrette la mise en place d'un dossier unique et commun à tous les professionnels à domicile. En effet, elle fait part de sa frustration au regard du suivi des pathologies des patients : « *on n'a pas toute cette partie évolutive quand les maladies évoluent*» (227, ITR-). Cet absence d'outils communs ne permet pas la mise en place d'un parcours cohérent mettant parfois les professionnels en difficultés : « *C'est vrai que des fois, ça c'est pas toujours facile.* » (234, ITR-). Ce point a été mis en exergue dans le rapport du Ségur de la santé, précisant qu'il s'agit d'un des enjeux majeur à ce jour : « *proposer des outils pour fédérer les acteurs de façon transversale* » (Ministère des Solidarités et de la Santé., 2020, juillet, p.35).

Si l'interviewée met en exergue ses difficultés au regard d'un manque d'outils communs entre les différents professionnels, elle souhaite collaborer avec eux pour le bien-être du patient : « *on collabore aux soins vraiment auprès de la personne* » (215, INT). Elle précise l'importance de partager les informations afin d'enrichir les prises en charge et de s'assurer que tous les professionnels ont le même but : « *savoir si on est dans le même optique* » (228, SD). Néanmoins, elle juge, qu'actuellement, les interactions sont pauvres, ce qui explique son point de vu au regard de la collaboration pluri voir interprofessionnelle : *« c'est un peu difficile pour moi de dire qu'on est en collaboration parce que on peut pas échanger*» (219, ITR-).

5.1.3 Développer des interactions et de nouvelles activités



Diplômée en 2015 et n'ayant exercé depuis qu'en service de soins infirmiers à domicile, EM*SP exprime, elle aussi, le souhait de multiplier les interactions avec les autres professionnels. Comme l'entretien précédent (EL*S), elle explique qu'à ce jour il y a peu d'interactions avec les autres

professions :*« c'est vrai que nous on a pas beaucoup de relation* » (114, ITR-) Or pour elle, interagir davantage de manière simultanée serait intéressant car cela permettrait de partager les connaissances de chacun tout en approfondissant les champs de compétences de chaque métier : « *Leur [les autres professionnels] notion à eux et notre « notion médicale » n'est pas la même* » (150,ITR-).

Pour autant, elle exprime qu'un travail en coordination est instauré entre les professionnels, l'infirmière coordinatrice et les aides-soignantes. Le rôle de l'infirmière coordinatrice est ici de faire le lien entre l'aide-soignante et les autres professionnels : « *s'il y a quelque chose que nous [les aides-soignants] on remarque, on les fait remonter et elle [l'infirmière coordinatrice] se met en collaboration avec le médecin, le kiné, l'ergothérapeute, tous les… » (*114, SCO). L'interviewée pointe ici, le rôle clé de l'infirmière car comme le rappelle Fishman Bosc *et al*(Fishman-Bosc *et al.*, 2016), il ne peut y avoir de réelle coordination sans coordinateur.

EM*SP met en exergue l'importance de se coordonner pour une prise en charge plus efficiente : « *autant tous travailler ensemble pour une meilleure prise en charge aussi. »* (133, PEF-PEQ). Néanmoins, elle regrette que son métier soit encore peu considéré : « *un métier qui est pas très reconnu*» (170, MS).

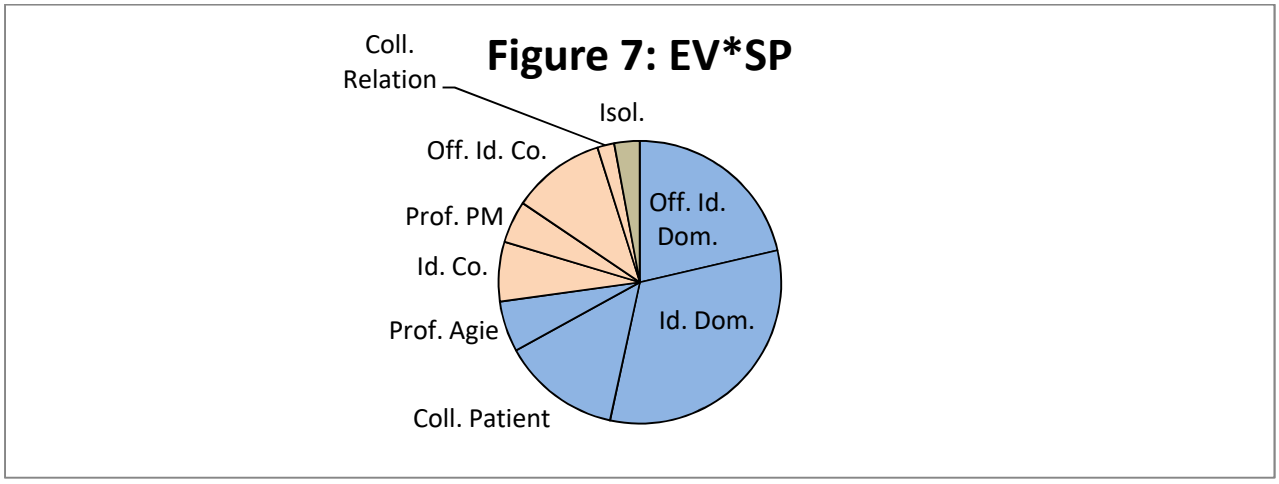
Très investie dans son travail, elle le décrit « *riche », « beau* » et « *enrichissant »* (15, 45,262, 264 IA). Pour l'interviewée, les qualités humaines de l'aide-soignante sont primordiales. Le respect et la bienveillance sont à valoriser dans son métier : *« prendre soin d'eux, respecter leur vie, respecter leur vécu aussi car c'est super important. » (71, IC).* Le domicile comble son projet identitaire car il permet d'avoir du temps pour prendre soin des patients. Elle exprime cela comme la « *chance d'avoir le temps de les [patients] pouponner, de prendre soin d'eux correctement. » (8, MC).*

EM*SP se dit, d'ailleurs, particulièrement intéressée par la mise en place d'actions de prévention au sein du SSIAD favorisant la mise en place d'un projet de soins individualisés. Elle exprime qu'il s'agit d'une autre approche avec le patient où les aides-soignants apprennent à connaitre davantage les habitudes de vie des personnes prises en soin pour répondre à leurs besoins : une « *autre approche, et une autre vision*» (17, MC) ; « *connaître son histoire de vie (du patient), ses habitudes de vie aussi, ce qu'il aimait faire comme activité» (13, MC).*

Etre aide-soignante en SSIAD, c'est donc pour l'interviewée EM*SP effectuer de nouvelles activités et développer le travail en équipe afin de se centrer sur le bien-être du patient. Les savoirs enseignés en formation initiale, associés aux recherches personnelles et aux réunions d'équipe (aides-soignantes et infirmière coordinatrice) tous les 15 jours participent vivement à cela. Selon

EM*SP, les savoirs contribuent à l'enrichissement professionnel et les échanges permettent une prise en charge efficiente pour le patient : « *trouver le mieux pour la personne* » (102, LRP-LRS).

5.1.4 C'est apprendre chaque jour



(L'entretien est retranscrit en annexe 7)

L'interviewée EV*SP partage les idées exprimées par EM*SP. Pour elle, l'aide-soignante apprend en continu, que ce soit par l'intermédiaire de formations ou en effectuant des recherches ou en sollicitant les autres professionnels : « *je préfère aller vers des professionnels de santé.*» (334, IC). Ainsi EV*SP, attache beaucoup d'importance à la formation car cela enrichit sa pratique professionnelle : « *c'est enrichissant tout le temps et puis ça évite de faire des erreurs avec des gens* » (405, IC).

Diplômée depuis 2017, cette dernière met en avant les rencontres avec les autres professions et la richesse des échanges au regard des connaissances transmises : « *j'ai eu aussi la chance de tomber sur des gens qui, qui aimaient transmettre même aux aides soignants* » 336, MA). Elle met également en exergue l'axe stratégique développé par le SSIAD, orienté sur la formation continue (en lien avec la loi du 5 septembre 2018) : « *On nous propose des formations donc ça c'est bien* » (302, MCU).

Si son identité professionnelle s'est et se construit à travers la formation, elle insiste également sur le développement de l'expérience en actes : *« le service ou les gens c'est encore plus enrichissant que dix ans d'école » (399, LA).* Cette dernière verbalise qu'elle se professionnalise à travers plusieurs voies : la logique de l'intégration assimilation et la logique de l'action (logiques développées par Wittorski en 2007). Pour elle, la formation initiale apprend les bases et l'expérience fait le reste *(394, LA).*

Jeune diplômée, cette ancienne secrétaire logistique exprime que ce projet professionnel est ancré en elle depuis toujours mais que sa vie personnelle en avait décidé autrement. C'est donc suite à son licenciement qu'elle franchit le pas de réaliser ce projet. Passionnée, son métier fait partie intégrante de sa personnalité car elle exprime qu'elle a besoin de prendre soin de l'autre pour se sentir bien *(52, IS).* Ainsi pour elle, il est important d'exercer un métier où l'identité héritée est en accord avec l'identité acquise et l'identité visée : « *c'est important au jour d'aujourd'hui de, dans le métier qu'on veut exercer, de pouvoir vraiment se retrouver » (26, IS).*

Investie dans son travail, elle ressent le besoin d'être proche des personnes qu'elle prend en soin. C'est d'ailleurs, cette relation de proximité qui la motive au quotidien : « *le fait qu'on puisse être aussi proche des gens »* c'est *« valorisant pour nous [aides-soignants] et pour eux [les patients]. On n'ampute pas ce qu'on est vraiment* » (45, IA).

EV*SP identifie son rôle au regard de l'accompagnement des personnes au quotidien. Pour elle, l'aide-soignant accompagne l'autre dans les tâches de la vie quotidienne, tout en respectant ses souhaits, ses habitudes de vie (34, IC). L'objectif des soins prodigués étant, pour elle, d'apporter ce qu'elle nomme *« du bien-être »* (466, IC). Très attachée à la relation avec les autres, elle valorise également l'écoute et les qualités humaines : « *Aimer les gens » (488, IC).*

En somme, pour l'interviewée EV*SP, le métier d'aide-soignante est un ensemble associant le soin, l'écoute de l'autre et la surveillance clinique (131, IC). Pour elle, son métier est primordial car à domicile, les aides-soignants sont les seuls à observer le patient : « *on est quand même les yeux des gens qui décident » (355, IC).*

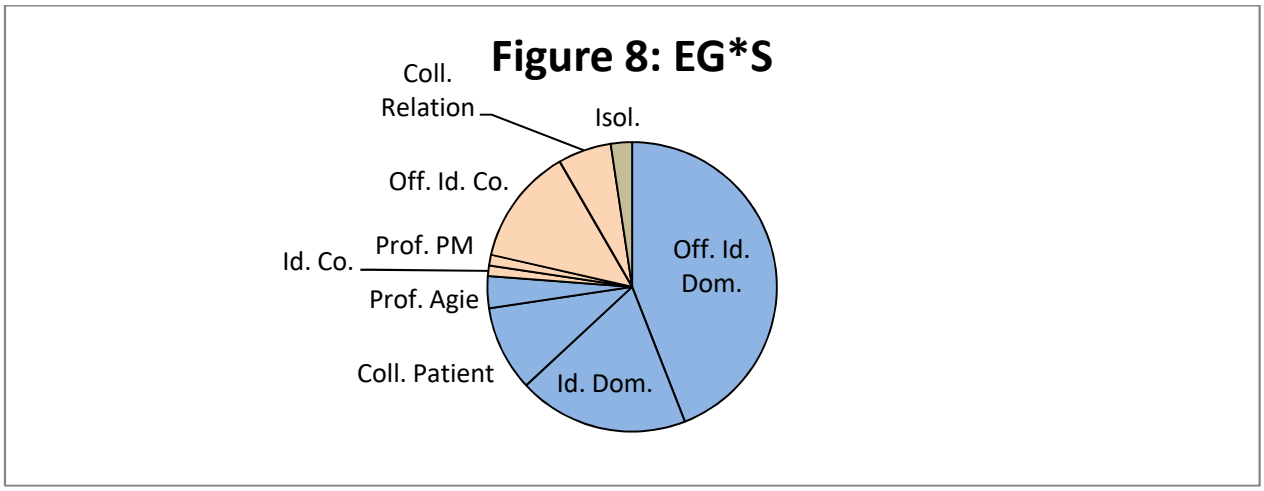
C'est pourquoi EV*SP valorise le rôle de l'aide-soignant au regard des transmissions dans la collaboration pluri voir interprofessionnelle (241, SD). Pour elle, cet échange d'informations s'effectue dans les deux sens car elle exprime qu'en retour les professionnels vont pouvoir leur apporter de nouveaux savoirs. Elle exprime : « *ils [les autres professionnels], peuvent nous aider aussi quand on a certaines interrogations. » (241, SD).* L'enjeu de ce travail étant de maintenir le patient à son domicile afin de respecter son projet de vie : *De manière à ce qu'on puisse vraiment euh, garder les gens chez eux » (442, ITR).* Ici la collaboration est vécue de manière asynchrone car les aides-soignantes observent, transmettent et c'est l'infirmière coordinatrice qui en retour se met en lien avec les professionnels concernés (*254, SCO)* La collaboration telle qu'elle est décrite par EV*SP ressemble fort à ce qu'exprime Fishman-Bosch *et al.* (Fishman-Bosc *et al.*, 2016), c'est-à-dire une relation interdépendante entres les acteurs où le patient est au centre du processus et le coordinateur dispose d'un rôle clé. Au-delà du rôle primordial qu'occupe l'infirmière coordinatrice, EV*SP insiste sur la gestion des transmissions effectuées sur le téléphone portable du service ou sur

le dossier papier présent dans chaque domicile afin d'assurer la continuité des soins (158, SD). Elle complète ses propos sur la spécificité des transmissions au domicile, c'est à dire effectuer le passage d'informations entre tous les intervenants sans « affoler » les proches de la personne aidée (49, MO)

Pour l'interviewée, l'une des spécificités de son travail au domicile concerne la prise en compte de l'aidant : « *un aidant c'est précieux, on en prend soin aussi. Parce que sans l'aidant la personne peut pas rester chez elle » (93, MC).* Pour elle son rôle consiste à discuter avec les personnes (proches et aidées) et les écouter afin d'apporter un ensemble d'éléments facilitant la vie au domicile *(73, MC).* EV*SP résume son métier au regard de l'accompagnement d'une personne et de ses proches sur le plan global : « *On prend vraiment la personne en charge dans sa globalité. C'est-à-dire que ben, dans sa vie, dans ses soins, tout quoi. » (440, ICU).*

Durant l'entretien, Madame EV*SP se projette sur l'avenir de son métier, qu'elle juge en voie de développement au regard d'une prise en charge globale (440, ICU). Pensant qu'à l'avenir, les aides-soignants seront davantage confrontés à la prise en charge du sujet âgé, l'interviewée souhaite la généralisation d'une spécialisation en gérontologie à travers la formation d'Assistant en Soins en Gérontologie : *« On voit bien que notre métier évolue dans le sens où on est de plus en plus spécialisés ASG de manière à pouvoir faire euh. Parce qu'on appelle l'ESA à côté » (455, ICU).* C'est également un des souhaits du rapport El Komeri conforté dans le discours de Madame Buzyn en février 2020 : « *renforcer les compétences, à développer la culture, du grand âge et de la bientraitance et à consolider une pratique professionnelle, en permettant à chacun de participer à des formations collectives et de rompre ainsi une forme d'isolement professionnel.* » (Discours d'Agnès Buzyn sur les Aides-soignants - 12 février 2020 –., 2020, 13 février, p.8)

5.1.5 C'est valoriser la relation à l'autre



EG*S, aide-soignante depuis plus de 20 ans, pense également que la formation est importante. Pour elle, les pratiques évoluent constamment, c'est pourquoi, il est important d'être acteur en demandant régulièrement des formations : « *je demande encore à apprendre des choses parc'que…rien n'est jamais acquis* » (851, IC). Contrairement, à sa consœur (EV*SP qui effectue également la formation d'ASG), elle pense qu'être Assistant en Soins en Gérontologie est un complément et non une spécialisation du métier qui devrait être envisagée dans la formation initiale aide-soignante (711, LIAF). Selon cette dernière, cette thématique est peu développée dans le référentiel de formation initiale (695, LIAF). Effectivement d'après le référentiel actuel, il n'existe qu'un item parmi un module (le module 3) sur « *les pathologies du vieillissement* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.33).

Pour cette personne interviewée, se former aux pathologies du vieillissement, est d'autant plus important que l'aide-soignante qui travaille à domicile se retrouve seule quotidiennement. Au domicile, la responsabilité d'une aide-soignante est décuplée car c'est elle qui est amenée à gérer les urgences contrairement à l'exercice en structure *: « C'est qu'on est amené à… à découvrir des choses que les infirmières découvraient en structure » (747, MC).* A domicile, ce sont les aides-soignants qui prennent l'initiative de téléphoner au SAMU. Elles doivent, donc, être en capacité de décrire les situations contrairement aux structures médico-sociale ou à l'hôpital *(752, MC).*

C'est grâce à cette spécificité que l'infirmière coordinatrice fait davantage confiance aux aides-soignants à domicile selon EG*SP : *« notr'regard il est super important. Et notr'infirmière nous fait confiance à…grâce à ça» (756, MA).* Pour elle, cette liberté est un réel avantage, permettant de concilier une certaine reconnaissance du groupe aide-soignant, que ce soit sur le plan pratique (801, MO) comme sur le plan de « *l'autonomie professionnelle* » (Schweyer, 2018, p.131). En effet, EG*S pense qu'à domicile, elle dispose d'un temps plus important pour la personne permettant de

prendre soin d'elle (27, 37 et 508, MO). De plus, le domicile permet à cette dernière d'être dans une relation de proximité avec le patient, qu'elle pense ne pas retrouver en structure ou dans le milieu hospitalier : « *J'trouve qu'y'a ce côté relationnel que moi personnellement, je ne retrouverai pas en structure, j'pense pas* » *(45, MC).*

Cette dernière apprécie également le travail à domicile car elle est seule sans pour autant se sentir isolée *(12, MO).* Contrairement à EM*SP, elle met en exergue les évolutions technologiques facilitant le contact entre les différents intervenants : « *maint'nant avec le téléphone, tout est écrit sur les téléphones, tout est…tout est bien spécifié. » (783, MCU).*

Diplômée depuis les années 2000 et travaillant en service de soins infirmiers à domicile depuis 2001, EG*S a vu arriver de nouvelles collègues diplômées du référentiel actuel. Durant l'entretien, elle verbalise les difficultés occasionnées avec ces dernières de part des visions du soin opposées (464, MCU). Pour autant, elle tient à souligner dans son discours, la richesse que les différences occasionnent : « *sur certaines choses ça nous fait avancer ! Comme nous on peut les faire avancer sur euh… sur d'autres pratiques » (464, MCU).* Avant, elle exprime qu'elle se centrait sur le soin, alors qu'actuellement elle se focalise davantage sur le patient *: « avant on était faire toilette, toilette, toilette, toilette ! Et moi j'trouve que maint'nant euh… on se prend plus la tête hein ! » (423, MCU).*

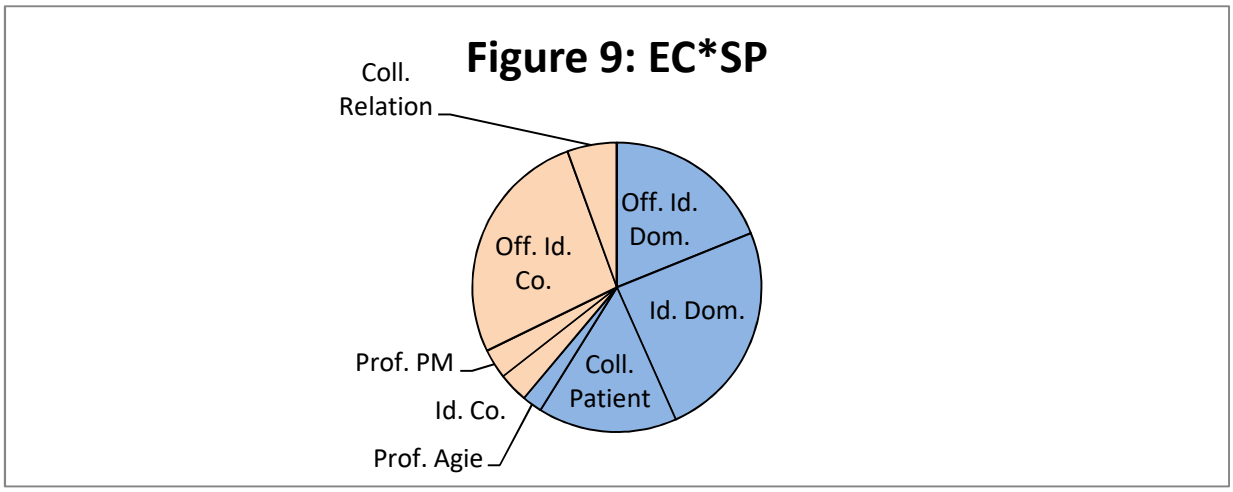
Au-delà, d'une nouvelle culture du soin, l'interviewée met en avant, le développement du travail en collaboration et en binôme avec les auxiliaires de vie favorisant, selon cette dernière, un soin de meilleur qualité *: « j'me rends compte qu'c'est quand même un confort pour tout le monde» (128, MCU).* Si cette relation dans la collaboration avec les autres professionnels n'est pas innée chez EG*S (108, PT, R, IT*)*, elle n'hésite pas à exprimer son sentiment d'équité envers les auxiliaires de vie : « *pour moi c'est vrai qu'c'est des collègues quand même au contraire, elles sont aussi capables* », « *j'veux dire euh… on est au même niveau pour moi ! » (116 et 129 PEF, PEQ).* Enfin*, E*G*SP insiste dans son discours sur la négociation de la finalisation dans la collaboration : « *Mais par contre on essaie de marcher toutes dans l'même sens quand même »*

Nous pouvons rattacher la vision de l'interviewée sur la collaboration (centrée sur la relation), à son projet identitaire, focalisée sur la relation : « *Moi j'… moi j'avoue qu'j'adore ce côté humain. Faut pas m'l'enlever »* (565, IS). Exercer chez la personne en soin, renforce son investissement affectif car le lien établi est différent : « *on tisse un lien avec la famille aussi* » (15, IA). L'interviewée qualifie sa relation avec les patients comme faisant partie de la sphère familiale : « *malgré tout, à domicile on fait un peu partie d'leur famille* » (517, IA). L'investissement affectif y est tel qu'EG*SP exprime avoir déjà été dépassée par ses ressentis dans certaines situations: « *Le côté pas*

affectif mais euh… il prend un peu le dessus » (565, IC). Pour autant, cette dernière exprime l'importance de respecter les distances professionnelles (517, IA et 565, IC).

En somme, pour elle, une aide-soignante intervient, certes pour les soins d'hygiène mais également et surtout pour renforcer les liens sociaux : « *on n'est pas là que pour le soin. Attention on est là aussi pour leur donner un peu de gaieté* » (526, IC), « *échanger* » (526, IC), « *les aider* » (598, IC). L'interviewée est une professionnelle dont le ressenti influence positivement sa motivation.

5.1.6 Pourtant, ce « sale boulot »est toujours présent



(L'entretien est retranscrit en annexe 7)

EC*SP exprime entretenir la même relation avec les patients que l'interviewée précédente: « *ce ne sont pas que des simples patients » (68, IA*). Cette dernière affirme toujours penser aux patients suite à leur décès, confiant qu'elle ressent le besoin d'aller au funérarium et/ou aux sépultures pour clôturer l'accompagnement contrairement à l'hôpital (78, IA). Passionnée par son métier, elle le perçoit enrichissant mais très complexe : *« c'est un métier très très complexe mais tellement enrichissant» (106, IA) ; « c'est une vocation » (101,IS).*

Elle entend par « complexe », la nécessité de s'adapter en permanence *: «il faut vraiment s'adapter tout le temps, tout le temps » (112, IC).* L'interviewée décrit son métier au regard de l'accompagnement et de la relation à instaurer avec le patient. Pour elle, l'aide-soignant doit avoir un esprit ouvert à l'autre afin de maintenir l'autonomie de la personne soignée : *« on doit s'ouvrir en fait aux autres […] Etre aide-soignant, c'est stimuler maintenir l'autonomie […] C'est vraiment la personne aidée qui, qui est au centre» (104, IC).* Durant l'entretien, EC*SP, insiste particulièrement sur la durée de l'accompagnement effectuée par l'aide-soignant, allant jusqu'au décès du patient : *« On va jusqu'au bout. Euh, Enfin ouais, jusqu'au bout de leur [patients] vie » (89, IC).*

Travailler au domicile, ce n'est pas qu'effectuer un simple soin pour cette aide-soignante. Durant l'échange, EC*SP explique que le soin est un tout, englobant le geste technique mais également la relation : « *C'est pas qu'une simple toilette […] C'est s'asseoir à côté d'eux, prendre un café. […] Pouvoir écouter entendre leurs souffrances […] C'est c'est tout cet ensemble là» (60, IC)* Cette dernière attache de l'importance aux enjeux de son travail, c'est-à-dire, maintenir la personne à son domicile. Pour cela, elle pense que l'aide-soignant participe, par son discours, à faciliter l'intégration du matériel médical au domicile du patient : « *C'est rester à domicile donc […] on les accompagne aussi là dedans […] faut pas non plus que la maison se transforme en, dans, à un hôpital mais, on est obligés d'adapter quand même » (231, MC).*

Exerçant depuis 2017, en SSIAD, l'interviewée nous précise qu'il y a des situations très complexes à domicile de par la précarité des personnes. Face à de telles situations, EC*SP exprime l'importance d'effectuer un travail en équipe avec différents « *collaborateurs* » (256, INT). L'interviewée montre le rôle pivot de l'infirmière coordinatrice (comme EM*SP et EV*SP) : « *c'est vrai que l'infirmière co. a quand même un rôle très important dans ses démarches* » (276, SCO). Pour autant, la collaboration est également perçue comme un ensemble d'interactions entre les professionnels focalisés sur le patient (320, ITR). La vision d'EC*SP est proche de celle véhiculée par le R.C.P.I définissant la collaboration sous forme de continuum : « *le continuum invite les professionnels à adapter leur processus interactionnel de collaboration selon la situation vécue par la personne, ses proches ou la communauté* » (Carreau *et al.,* 2018, p.7) Pour cette dernière, travailler en équipe pluridisciplinaire est valorisant car cela permet de découvrir de nouvelles professions et cela met en exergue le rôle de l'aide-soignant *: « les aides-soignants ont quand même un, un rôle important à jouer à domicile » (255, NEGO).*

Diplômée depuis 2009, EC*SP a exprimé son investissement dans son travail, de par ses nombreuses réactions : *« c'est horrible ! » (215, MS), « c'est génial. on a tous gagné » (60,IA), « Ça, ça m'énerve ! ça m'énerve ! » (374, MS)* ou encore *« C'est, c'est terrible ! ».* Cette dernière revendique pleinement son rôle et son métier. Aujourd'hui, elle regrette qu'il soit encore peu considéré : « *considéré métier poubelle », « un métier low cost » (102, MS).*

Explicitant, une formation initiale orientée sur l'Humanitude (comme EL*S) et la volonté de faire changer les mentalités, cette dernière exprime avoir toujours visualisé son métier de cette manière *(169, MS).* Si elle exprime avoir tenté de faire évoluer cette vision du « sale boulot » décrite par Arborio, elle affirme que cela persiste : «*J'ai pu le faire à certains endroits. J'ai pas pu le faire partout » (172, MS).* De plus, elle critique l'optimisme de cette formation source de décalage entre

l'enseignement et la réalité : « *la réalité nous a rattrapés […], c'est un peu du rêve en fait qu'on nous avait envoyé un moment donné.* » (179, MS).

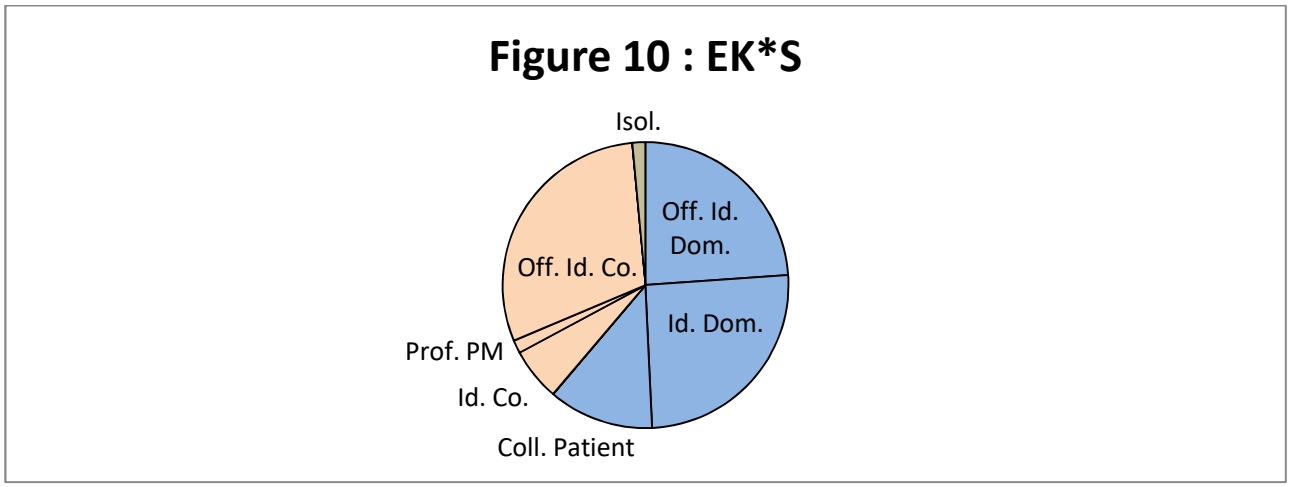
Dans son discours, l'interviewée met en exergue l'invisibilité de l'aide-soignante :« *on n'est pas forcément entendu* » (193, MS). Attachée au concept du prendre soin, elle critique vivement la gestion économique hospitalière. Pour elle, le mot rentabilité est synonyme de maltraitance institutionnelle : « *On sait pertinemment que derrière et bien le soin, reste du soin et on rentre dans de la maltraitance institutionnelle*. » (215, MS).

Entière, dans ses propos, elle affirme qu'elle ne peut concilier son projet identitaire à l'offre identitaire proposée par l'hôpital actuellement : « *Mais moi, je ne me vois pas travailler dans n'importe quelles conditions » (202, MS), «je pense que c'est à nous en tant que personne de, de, savoir dans quel milieu on veut travailler et ce qu'on est prêt à supporter » (216, IS).* Si aujourd'hui, EC*SP exerce à domicile c'est justement parce que cette organisation lui permet de se centrer sur le patient (225, MO).

Cette revendication autour des conditions de travail à l'hôpital comme en structure n'est pas la seule verbalisée par EC* SP. A l'aube d'un nouveau référentiel, elle met en exergue que son métier évolue mais de manière négative : « *il se transforme se transforme et pas forcément positivement » (372, MS).* Elle fait le parallèle avec la possibilité, depuis 2014, d'effectuer la formation initiale aide-soignante en cursus partiel. Pour elle, la formation initiale participe à la dévalorisation du métier de part cette réforme : « *j'arrive pas à comprendre, pourquoi on veut passer sur un diplôme low cost en se disant que, qu'il suffit de passer un module différents et « paf » on est aide soignante» (373, MS).* Elle argumente son point de vue en soulignant les dangers que cela occasionne pour le patient. Pour cela, elle fait le parallèle avec les auxiliaires de vie donnant actuellement les repas au domicile alors que ces dernières ne connaissent pas les gestes de premiers secours (383, MS).

Pour elle, la formation est importante, qu'elle soit initiale ou continue car elle permet de s'enrichir : *« Continuer à se former, continuer à s'enrichir, en fait, professionnellement. » (141, IC)* Enfin,elle tient à mettre en exergue l'importance de se remettre en question individuellement et collectivement afin de faire évoluer les pratiques : *« faut jamais rester sur ses acquis […], se remettre en question […] c'est toute ensemble. […] avec plusieurs réponses possibles » (117, LRP, LRS)*

5.1.7 Pour le préserver, l'aide-soignant va se centrer sur la personne



EK*S tient un discours similaire à celui de EC*SP au regard des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées.

Pensant comme l'interviewée précédente, qu'être aide-soignante, c'est une vocation (61, IS), EK*S effectue ce travail à travers le regard de l'autre et en particulier celui de la personne âgée : « *avec la personne âgée, c'est très enrichissant. C'est très… ça apporte énormément en fait et ça apporte beaucoup de choses*. » (9, IA). Cette vision du métier est en lien avec son vécu car cette dernière exprime s'être particulièrement occupée de sa grand-mère pendant l'adolescence : « *J' me suis beaucoup occupée, moi, de ma grand-mère, en fait et j'pense que c'est ça qui m'a donné cette vocation* » (8, IS).

Valorisant les qualités humaines et relationnelles pour effectuer ce métier, EK*S insiste dans son discours sur le respect de l'être humain : « *savoir entendre les besoins,[…] Etre à l'écoute, de respecter aussi leurs [patients]besoins[…]de ne pas le [patient] forcer surtout, de prendre le temps, » (138, IC).* Pour elle, l'aide-soignant, aime le contact et dans son exercice les habilités relationnelles sont à développer *: « il faut avoir le contact avec les gens. Voilà, Il faut avoir, quand même, un relationnel aussi*. » (62, IC), « *communiquer, c'est important » (*145, IC).

Le domicile lui plait car l'offre identitaire est en adéquation avec son projet : « *On a vraiment le temps de prendre le temps pour la personne, le temps du soin* » (16, MO), « *Je vais chez le patient. J'me consacre qu'à lui* » (171, MO). L'interviewée n'hésite pas comparer tout au long de l'entretien cet exercice à celui vécu en structure. Ayant travaillé en EHPAD à la sortie de sa formation et cela pendant plusieurs années, EK*S est venue exercer à domicile car les tensions entre son projet et l'offre proposée par la structure étaient trop fortes : « *au fil du temps ça me convenait plus du tou*t, *[...] Je m'retrouvais plus. C'était un travail à la chaîne. » (13, MS)*. Rejoignant EC*SP dans ses

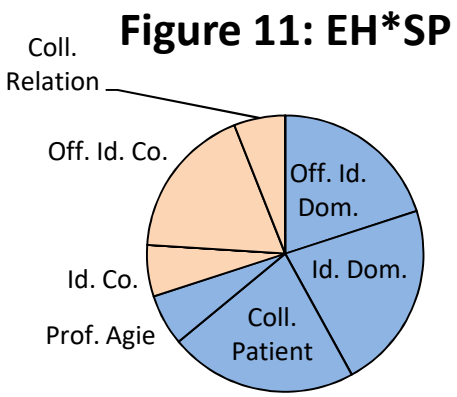
propos, elle explique qu'actuellement en structure médico-sociale, il n'y a plus de qualité de soin : « *on ne peut plus donner une qualité de travail, je pense, à l'hôpital ou en structure » (216, MS).* Elle appuie ses propos en expliquant qu'il y a un manque de moyens grandissant que ce soit sur le plan humain comme matériel *(216, MS).*

Si exercer chez le patient permet de se centrer sur lui, EK*S a conscience que les responsabilités y sont majorées car elle travaille seule : « *on est seule chez le patient donc il faut quand même avoir la tête sur les épaules aussi* » (184, MO). Pour elle, exercer à domicile nécessite de l'expérience car il faut acquérir une certaine assurance (182, MO). L'interviewée fait le parallèle avec les difficultés de recrutement vécues en service à domicile actuellement : « *C'est compliqué le recrutement. Les jeunes quand elles sortent de l'école, elles veulent pas spécialement […] Venir travailler à domicile » (161, MS).*

Les difficultés de recrutement exprimées par l'interviewée sont également en lien avec un faible salaire au regard des responsabilités et un manque de moyens constant *: « on n'est pas énormément payé » (163, MS), « Je ne sais pas si elles ont envie, avec ce manque parce qu'on nous donne plus les moyens » (198, MS).* Ayant quitté l'exercice en structure à cause du manque de moyens, EK*S exprime la crainte de voir se reproduire à domicile, ce qu'elle a vécu en structure médico-sociale : « *Et des fois, je me dis : « mais mince, j'me retrouve en structure* » (172, MS).

Néanmoins, actuellement, ce secteur reste relativement préservé et centré sur la personne. EK*S met en exergue dans son discours, le travail d'équipe pluri professionnelle, centré sur le patient afin qu'il reste au domicile *(118, INT).* C'est parce que plusieurs professionnels interviennent chez les patients qu'ils peuvent garder une certaine autonomie exprime-t-elle *(128, INT).* Pour cette interviewée, un travail en binôme avec les auxiliaires de vie et d'autres professionnels est instauré face à des situations complexes. Cette collaboration synchrone se fait de manière organisée autour de la personne et pour la personne dit-elle *(109, SCO).* EK*S entend par « organisation », les transmissions de l'aide-soignante, (portant sur ses observations de la situation du patient), à l'infirmière coordinatrice afin qu'elle se coordonne par la suite avec d'autres professionnels (87, SCO).

5.1.8 Collaborer pour le patient



EH*SP est en accord avec les propos d'EK*S concernant le développement d'une collaboration pluri-professionnelle au regard des besoins du patients : *« plus y a de professionnels et plus la personne est entourée et mieux c'est » (181, ITR).* En cohérence avec le R.C.P.I et les propos de EC*SP, l'interviewée EH*SP considère que les interactions se développent au gré des besoins : « *on sait qu'il ya d'autres intervenants et que si on a besoin, voilà, on peut se référer à eux » (150, INT*). Exprimant que les interactions entre les aides-soignants et les autres professionnels sont rares, EH*SP met en exergue dans son discours l'importance des transmissions écrites.

Cette dernière est l'une des rares interviewées, à décrire la possibilité de transmettre l'information sur le téléphone portable pour la seule équipe du SSIAD et le classeur disponible chez le patient, pour l'ensemble des intervenants (83 et 85, SD). Elle complète ses propos en signalant qu'elle favorise les transmissions orales avec l'infirmière coordinatrice quand sa journée de travail a été riche en informations : « *je sais que souvent quand j'ai pas mal de transmission je repasse au bureau le midi. Et là je vois l'infirmière et je lui fais mes transmissions orales* » (85, SD). Ces transmissions sont multidirectionnelles car l'infirmière coordinatrice fait également un retour à l'équipe aide-soignante, au regard des échanges ayant eu lieu avec les autres professionnels (153, INT). EH*SP apprécie ces échanges d'informations car cela renforce ses connaissances (*187, SD).* Elle affectionne les réunions d'équipe, particulièrement pour ces échanges toujours centrés sur le patient (183, MA).

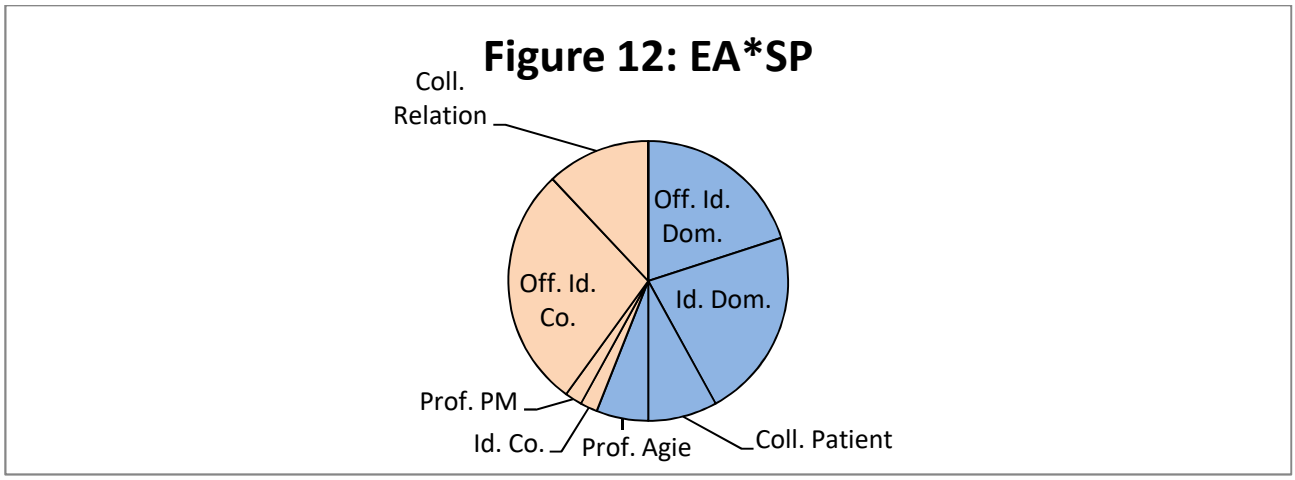
EH*SP attache beaucoup d'importance dans son métier à préserver l'autonomie de la personne : *« préserver l'autonomie de la personne […] dans le bien-être» (78,IC)* Pour autant, il ne s'agit pas d'oublier qui elle est, en tant que personne lorsqu'elle exerce son métier : « *rester soi même aussi* » (223, IC).

Si l'interviewée attache de l'importance à rester elle-même, cela est sûrement en lien avec son histoire de vie baignée dans la culture soignante : « *notre entourage, il nous inculque sans forcément le vouloir, ou des choses qui peuvent nous servir pour plus tard » (208, IS).* Ayant une vision « Bourdieusienne », l'interviewée pense que l'éducation influence le métier de la personne.

EH*SP exerce au domicile car cela lui permet de concilier son projet identitaire à la réalité. Pour elle, cet exercice lui permet de disposer de plus de temps pour prendre soin du patient : « *prendre soin, de discuter, de prendre un café si on a envie de prendre un café* » (51, MC). Faisant, le parallèle à son bref exercice d'un mois en structure, elle explique qu'au domicile la présence de l'aide-soignante est différente car elle intervient pour la personne (132, MO). Au-delà de cette présence, c'est la relation qui est différente selon elle, car à domicile, l'aide-soignante entre dans l'intimité de la personne en effectuant les soins chez elle : « on *rentre dans l'intimité des gens, on rentre chez eux.* » (54, MC). EH*SP apprécie son métier pour cette relation et la reconnaissance qui leur est portée en retour par les patients au domicile : « *c'est gratifiant » (113, IC).*

Néanmoins, elle déplore le manque de reconnaissance sur le plan salarial (comme sa consœur EK*S) : *« le salaire va pas avec ce qu'on, … voilà quoi. Avec ce qu'on fait » (253, MS).* Ceci énerve d'autant plus, l'interviewée EH*SP que la société reconnait l'utilité de son métier : « *on se rend compte que, oui, on a besoin du personnel à domicile, mais voilà, c'est tout (250, MS)*

5.1.9 C'est travailler dans le même sens



EA*SP, reconnait qu'elle exerce un métier en forte tension comme l'interviewée précédente et EK*S. Pour autant, elle cible le manque de personnels davantage sur les structures médico-sociales. Cette vision est en lien avec son passé car cette personne interviewée a travaillé plus de 15 ans en structure médico-sociale avant de venir travailler à domicile. EA*SP explique que le manque de

personnel accentue ce travail qu'elle juge « inhumain » en structure médico-sociale, activité qu'elle ne supportait plus, d'où sa venue en SSIAD.

Le domicile lui plaît beaucoup car elle peut se centrer sur la personne contrairement en structure : *« C'est pas du travail à la chaîne, j'dirais comme en structure » (81, MO).* En effet, elle exprime disposer du temps : « *prendre le temps avec les gens. » (81, MO).* Pour elle, ce type d'exercice est différent de son expérience passée en structure car elle va chez la personne et elle doit prendre en compte l'aidant *:* « *on prend en charge une personne mais souvent c'est l'aidant qui fatigue et malheureusement qui part avant. Donc il faut prendre soin aussi des aidants» (49, MC).*

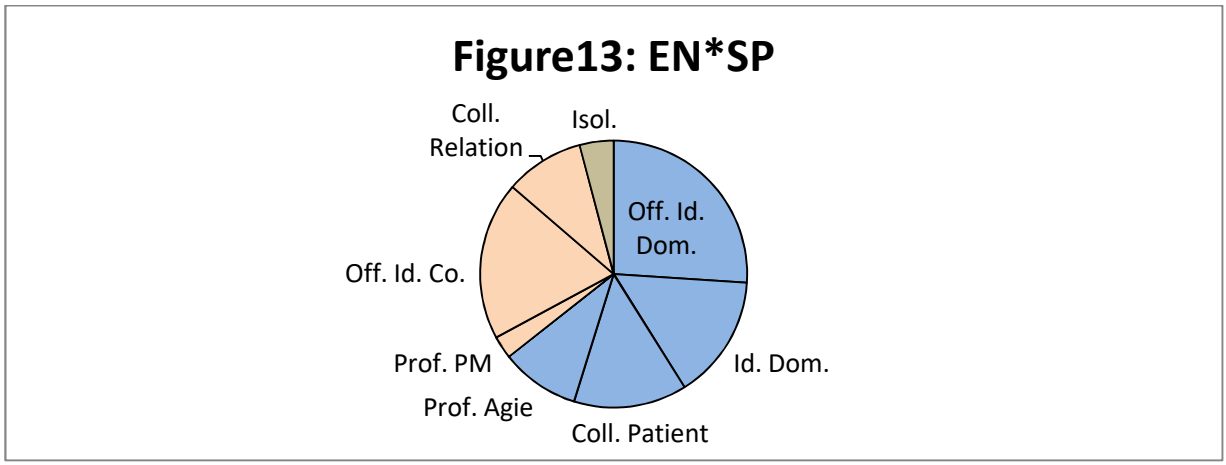
Effectuer ce métier requièrt, pour l'interviewée, une grande qualité humaine (20, IC). C'est pourquoi, elle exprime que ce qui la motive au quotidien, c'est la satisfaction de la personne au regard des soins prodigués (155, IS). Même si son métier reste focalisé sur les soins de nursing, EA*SP insiste sur la relation de confiance à établir : «*Plus on a confiance, mieux ça se passe » (71, IC).* C'est d'ailleurs pour cela qu'elle met en avant dans la collaboration, l'importance de la relation.

Travailler en collaboration signifie négocier la finalité : « *C'est surtout travailler ensemble dans l'même sens. » (166, NEGO).* Pour EA*SP, le travail en pluri professionnalité se créée pour le bien-être du patient mais également pour protéger le soignant : « *C'est pour le bien-être d'la personne* » (165, INT) ; « *c'est aussi nous protéger* » (171, PEF, PEQ) Evoquant la collaboration essentiellement à travers le binôme aide-soignant et auxiliaire de vie, l'interviewée met en exergue que ce travail concourt à une plus grande transversalité : « *elle fait presque l'même métier qu'nous* » (105, PEF, PEQ)

En 30ans, d'exercice, EA*SP n'exprime pas de réelle évolution identitaire. Pour elle, il y a eu une évolution au regard des conditions de travail, car l'interviewée exprime qu'il y a plus de matériel qu'à son début de carrière, mais les tâches restent les mêmes : *« maint'nant toutes personnes qu'on s'occupe ont, au moins minimum, un lit médicalisé. » (191, MCU).*

Diplômées du CAFAS (certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant) en 1990, cette dernière perçoit la nouvelle règlementation sur les tâches à effectuer comme une manière de maintenir à distance les aides-soignantes :« *c'est vraiment nous mettre en bas de l'échelle*» (145, MS). Elle argumente cette vision au regard du terme par lequel est désigné son métier *: « Aide-soignante c'est bien aider la personne à être soignée, à avoir des soins d'nurcing, lever, coucher. » (189, MCU).*

5.1.10 Développer une nouvelle culture du soin.



EN*SP est également diplômée du CAFAS depuis 1983. Comme l'interviewée précédente, elle pense qu'il y a eu une évolution sur le plan matériel. Néanmoins, contrairement à sa collègue EA*SP, elle distingue une véritable évolution identitaire. En effet, travaillant en service de soins à domicile depuis une trentaine d'années, EN*SP perçoit une nouvelle vision du soin chez les jeunes diplômées : « *Y a une évolution chez les jeunes qui est très appréciable* » (138, MCU). Faisant le parallèle avec sa formation, l'interviewée exprime que les aides-soignantes ne sont plus focalisées sur les soins de nursing : « *ce n'est plus caricaturale* » (220, MCU). Aujourd'hui, le rôle de l'aide-soignante consiste à combler les besoins du patient exprime-t-elle (*76, MCU).* D'ailleurs, elle va même jusqu'à dire qu'une nouvelle culture du soin se met en place actuellement : « *Y a plein de petites choses comme ça qui se met, qui se met en place ». (78, MCU).*

Au-delà d'une nouvelle culture du soin, EN*SP insiste sur le fait qu'il y a un véritable changement culturel : « *c'est dans l'air du temps* […] *un aide-soignant doit être bien dans sa peau et bien dans sa tête* » (22, MCU). Ainsi, au service de soins infirmiers à domicile où elle travaille, un psychologue à domicile et un numéro de téléphone (22 et 24, MCU) ont été mis en place pour soutenir les aides-soignants. De plus, l'équipe d'aide-soignante a pu bénéficier d'une formation portant sur le maintien physique de soi (20, MCU).

EN*SP insiste sur le rôle de la formation dans les changements identitaires de l'aide-soignant. Elle prend notamment l'exemple de la formation sur l'humanitude valorisant la personne soignée *(216, MCU).* Pour autant, l'interviewée conçoit la professionnalisation à travers plusieurs voies. Cette dernière valorise (comme sa consœur EV*SP) la logique de l'intégration-assimilation et la logique de l'action : « *ça s'apprend, euh, sur le terrain et à force de faire des formations d'ailleurs* » (*234, LA).* Elle complète, en précisant que la logique de la réflexion sur l'action, à travers les analyses de

pratiques, sont également de bons moyens pour apprendre : « *ça fait déjà un palier, euh, qui, qui, qui nous dégage un petit peu de choses qui nous tracassent » (58,LRP, LRS).*

EN*SP fait le lien entre les analyses de pratique et la prise de distance nécessaire pour exercer : *« Il faut avoir ce recul pour pouvoir être bien soignant» (275, IC).* Cette dernière argumentant qu'être soignant c'est être empathique et neutre afin de valoriser le moment : « *Ne pas mon*trer » (208, IC) ; «*Dédramatiser là où c'est pas facile à vivre* » (210, IC). Pour, EN*SP son métier consiste à mettre en valeur l'individu afin de développer ou maintenir ses capacités : « *l'emmener à croire en lui et croire en ce qu'il est capable de faire » (203, IC).* C'est pourquoi, cette dernière accorde beaucoup d'importance à la posture du soignant et à la communication : « *Ce sont les mots qu'on dit, les paroles qu'on dit, comme on prend les choses et comment on se montre à l'aise dans ces choses là sans dramatiser la situation*» (212, IC)

Travailler en SSIAD, permet à EN*SP de valoriser la personne car c'est l'aide-soignante qui s'adapte à l'environnement : « *tu as une adaptation à la situation*» (226, MC). L'interviewée perçoit, là encore, une évolution des pratiques car elle précise qu'actuellement les tournées sont organisées en lien avec les soins prodigués aux patients contrairement à avant : « *C'est une organisation tout à fait différente de ce qu'il y avait il y a quelque temps » (44, MO).*

L'organisation est également influencée positivement par la dynamique d'équipe selon EN*SP. Elle argumente ses propos en décrivant une équipe soudée connaissant les différentes personnalités qui la composent : « *c'est [nom de l'infirmière coordinatrice], notre infirmière, qui nous connaît bien qui nous façonne un peu tous nos plannings » (38, MA).* Elle met en avant une équipe d'aides-soignantes acceptant la différence de chacun(e) et ouverte à la nouveauté : *« on n'accepte la différence de, de ce qu'on apporte chez les gen*s » (111, MA) ; « *on a un esprit d'accueil* » (33, MA). Enfin, elle explicite l'écoute active menée par l'infirmière coordinatrice au regard de leurs besoins en tant qu'aide-soignante : «*on est beaucoup plus écouté* » (16, MA).

Au-delà de cette écoute accentuée de la part de l'infirmière coordinatrice, EN*SP pointe le développement d'une collaboration structurée. Elle exprime qu'un travail en partenariat s'est créé : « *Maintenant, on est vraiment des partenaires, les uns vers les autres» (10, MCU).* Il s'agit donc de travailler avec d'autres services pour combler les besoins du patient : « *pour appréhender les besoins d'une personne, chacun avec sa spécificité » (165, ITR).* Le travail avec d'autres professionnels permettant, pour l'interviewée, d'adopter une nouvelle vision et de s'influencer mutuellement : « *il voit d'autres choses que nous on voit pas toujours » (136, SD) ; « l'évolution, elle est autant d'un côté que de l'autre» (138, PEF, PEQ).* Pour cette dernière travailler avec

d'autres, c'est un réel plaisir qui nécessite de partager un territoire : « *faut partager un territoire* » (10, PT, R, IT).

5.2 Analyse croisée

5.2.1 Analyse transversale par thématique

L'analyse longitudinale des différents entretiens a révélé des thèmes récurrents. Pour mieux comprendre les représentations effectives de l'ensemble des interviewées au regard de possibles transformations identitaires, croisons les regards.

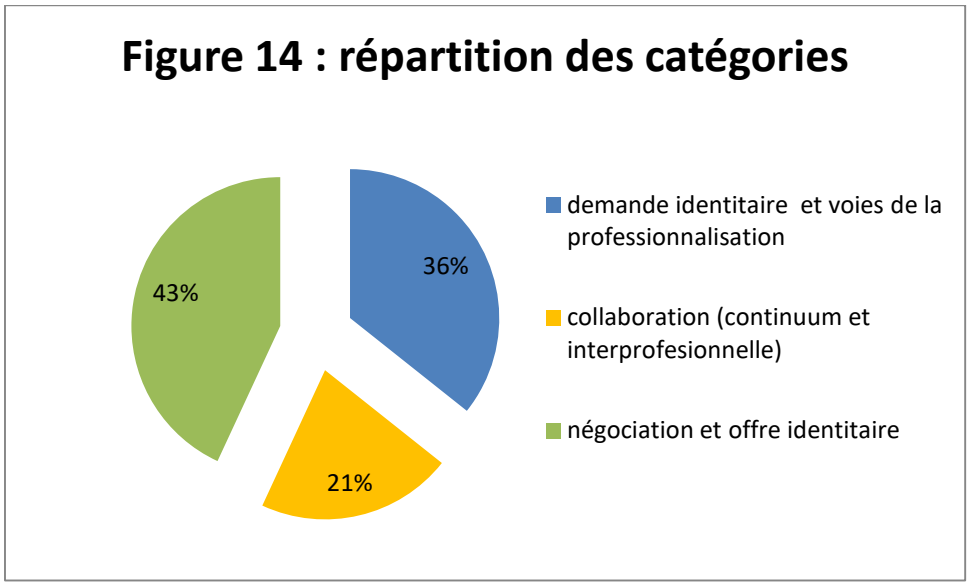


Figure 14 : pourcentage de représentation de chaque grande catégorie sur l'ensemble des entretiens encodés

Trois grandes catégories sont identifiées : les facteurs individuels constituant la description identitaire de l'interviewée (demande identitaire et voies de la professionnalisation), les facteurs sociaux faisant écho à l'espace de négociation et d'offre identitaire proposée par l'exercice à domicile (négociation et offre identitaire) et les facteurs en lien avec la collaboration pluri voir interprofessionnelle (collaboration).

Au sein de ces grandes catégories, des thèmes récurrents traduisent l'identité de l'aide-soignant actuellement. Ces thèmes ont été identifiés en regroupant des indicateurs (établis à partir de notre grille d'analyse).

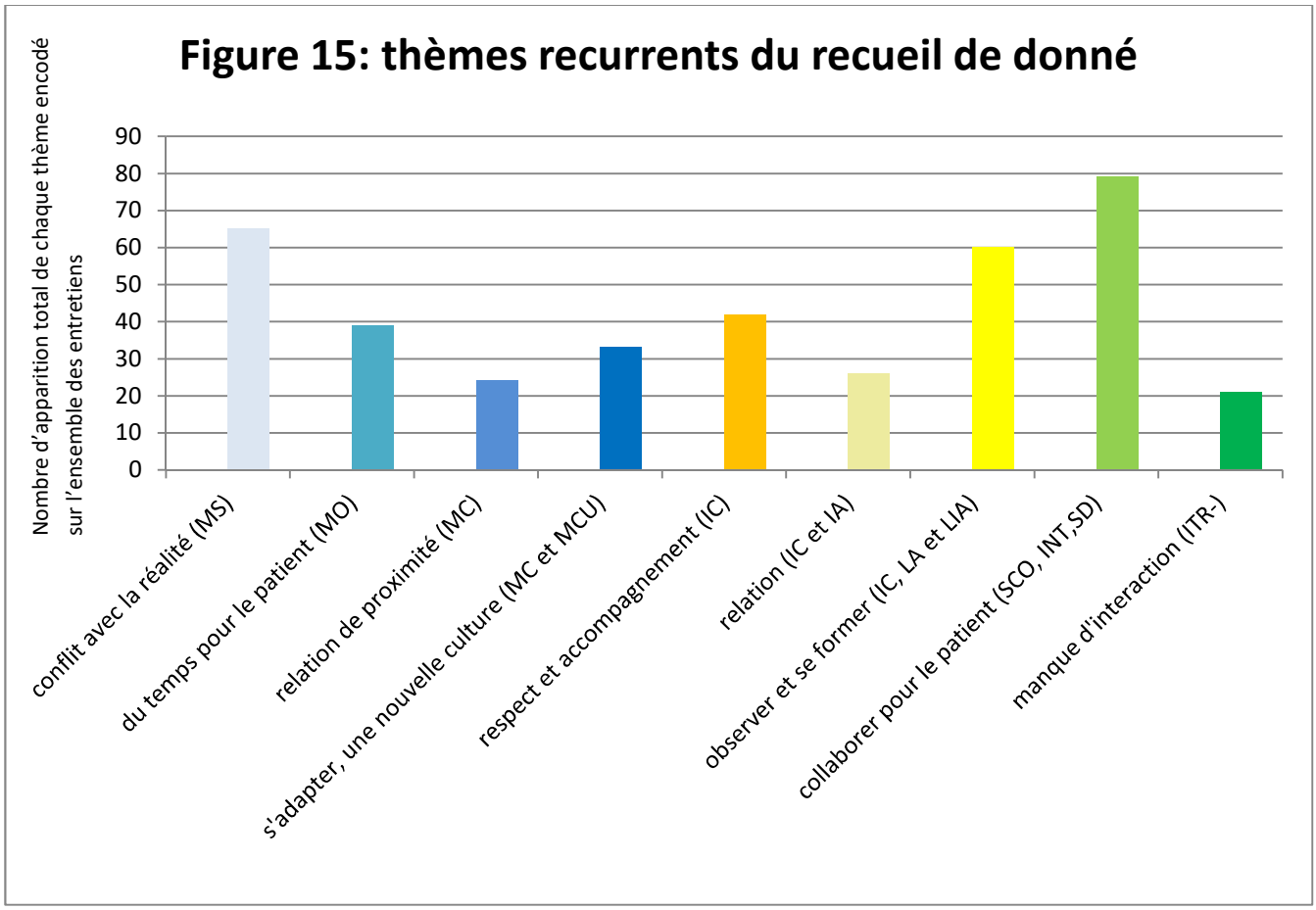
Les facteurs individuels ont été développés au regard du rôle de l'aide-soignant (respect et accompagnement, IC), la relation avec le patient et ses proches (relation, IC et IA) et les capacités à

évaluer la situation, influencées par la formation et l'expérience professionnelle (observer et se former, IC et LIA).

Sur le plan des facteurs sociaux, quatre grands thèmes (en lien avec ceux précédemment cités dans la catégorie ci-dessus) ressortent : une identité négociée des aides-soignantes en lien avec les conditions de travail (conflit avec la réalité, MS), l'importance du temps (du temps pour le patient, MO) et de la relation au domicile (relation de proximité, MC), le tout associé aux capacités d'adaptation nécessaiers dans cette nouvelle organisation et dans cette nouvelle culture du soin centrée sur le patient (s'adapter, une nouvelle culture, MC et MCU).

Enfin, la thématique de la collaboration a été l'une des moins évoquées car les deux précédentes représentes à elles seules plus de 70% des propos des interviewées. D'ailleurs, si ces dernières ont exprimé une collaboration centrée sur le patient (collaborer pour le patient, SCO, INT, SD), elles notent également un manque d'interaction avec les autres professionnels intervenants pour le patient (manque d'interaction, ITR-).

Le graphique ci-dessous explicite le recueil de données au regard des thématiques décrites.



5.2.1.1-Sur le plan individuel

a. Respect et accompagnement de l'aide-soignant au quotidien

L'ensemble des interviewées ont décrit leur identité individuelle au regard des connaissances et des capacités à maitriser pour effectuer ce métier. Il s'agit de la plus grande thématique développée en lien avec l'identité individuelle.

Toutes les interviewées sont unanimes, le respect est primordial pour effectuer ce métier : « *c'est le grand mot : Bienveillance et respect de la personne.* » (EN*SP, IC) ». Le respect humain peut se décrire d'après le grand Robert ("respect"., avril 2021) comme une « *crainte du jugement des hommes, sorte de pudeur qui conduit à se garder de certains actes, de certaines attitudes* ». Cette définition explique pourquoi, trois interviewées insistent également sur la prise de recul à adopter en tant que soignant car cela participe au respect : « *il faut réussir à avoir un peu plus enfin avoir du recul » (EC*SP, IC) ; « Il faut avoir ce recul pour pouvoir être bien soignant » (EN*SP, IC) ; « on a la distance aussi » (EM*SP, IC).*

Ce terme « respect » est également à rattacher avec l'importance de respecter les habitudes de vie du patient. EM*SP et EV*SP insistent toutes deux sur cette idée : « *c'est très important de respecter leur habitude de vie » (EM*SP, IC) ; « On accompagne vraiment la personne dans sa vie, dans ses habitudes de vie et euh, au moins on respecte vraiment ce qu'elle veut » (EV*SP, IC).* Cette vision est particulièrement en lien avec les connaissances acquises et véhiculées par le module 1 du référentiel de 2005, dont elles sont toutes deux issues (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Effectivement l'objectif de ce module est de prendre en compte l'individu au regard de ses besoins et de son degré d'autonomie en vue d'accompagner une personne dans les actes de la vie quotidienne (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.29).

En lien avec le module 1 du référentiel actuel, 7 interviewées sur 10 expriment leur mission en terme d'accompagnement dont 5 emploient le verbe « accompagner » ou le terme « d'accompagnement ». L'accompagnement est issu du verbe « accompagner » qui est une « parasynthèse ». Pour Maela Paul (Paul, décembre, 2020, p.5) le préfixe *« ac »* sous-entend « aller vers », *« com »* désigne « être avec » enfin *« pagn »* correspond au « pain » et il est donc synonyme de « partage » sur un temps donné. Charlier (2013) complète cette idée en précisant qu'il s'agit de maintenir l'autonomie de l'autre et de valoriser ses ressources. Ces décomposition du mot « accompagnement » font particulièrement écho à la description qu'ont effectuée les interviewées de leur métier. Six aides-soignantes insistent sur le maintien de l'autonomie de la personne en la rendant actrice dans ses soins : « *vous les [patients] stimulez* » (EV*SP, IC), « *c'est stimuler*

maintenir l'autonomie » (EC*SP, IC), « *On est là pour les aider et qu'on n'est pas là pour leur prendre leur place » (EG*S, IC), « notre rôle, bah c'est, bah c'est de préserver l'autonomie de la personne » (EH*SP,IC), « nous guidons » (EB*S, IC), « croire en lui et croire en ce qu'il est capable de faire » (EN*SP,IC)*. Deux d'entre elles (EK*S et EL*S) complètent cette vision et insistent sur l'importance de ne pas brusquer la personne et d'être avec le patient. Enfin, neuf des dix personnes interrogées expriment l'importance d'instaurer une relation associée au soin : « *vraiment être dans la relation et, en même temps, dans le soin* » (EM*SP, IC).

b. Relation et identité « ressentie »

Au-delà de l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne, les interviewées ont particulièrement insisté sur les capacités relationnelles à développer. Ce n'est donc pas un hasard, si, aujourd'hui dans le référentiel de formation, une unité d'enseignement est dédiée à cette thématique (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.36). Elles sont plusieurs à mettre en exergue ces capacités relationnelles, valorisant la prise en charge psychologique : « *c'est important aussi ce temps de discussion* » (EV*SP, IC), « *on est là aussi pour leur donner un peu de gaieté* » (EG*S, IC). Pour elles, l'aide-soignant ne vient pas seulement prendre en charge le patient sur le plan physique, l'aide-soignant intervient également pour une prise en charge psychologique : « *La souffrance elle n'est pas que physique ça peut être psychologique.* » (EC*SP, IC).

Valorisant la relation, les aides-soignantes attachent beaucoup d'importance au savoir être et à la posture dans leur métier : « *c'est la façon d'être* » (EN*SP, IC). Elle sont cinq à mettre en avant l'importance de savoir écouter le patient pour pouvoir l'accompagner dans les gestes de la vie quotidienne : « *Pouvoir écouter entendre leurs souffrances* » (EC*SP, IC), « *savoir surtout aussi l'écouter* » (EA*SP, IC), « *on a aussi un grand temps d'écoute* » (EV*SP,IC), « *c'est d'être à l'écoute* » (EK*S, IC), « *on est là pour écouter les gens* » (EL*S, IC).

Le côté humain et les capacités relationnelles sont décrits comme le cœur de leur métier. Il n'est donc pas étonnant que quatre d'entre elles décrivent un rapport affectif prononcé avec le patient et leur famille. Ces dernières étant particulièrement attachées au ressenti dans leur métier : « *on fait partie de la famille* » (EC*SP, IA), « *'y'a le contact proche avec le patient » (EG*S, IA), « aussi proche des gens* » (EV*SP, IA).

c. Se former pour évaluer les besoins du patients

Le dernier point mis en avant concernant l'identité des aides-soignants se rattache particulièrement à leur professionnalisation en formation. En effet, durant les entretiens, elles sont huit à avoir mis en avant l'acquisition des savoirs en formation initiale et en formation continue. D'ailleurs, elles sont

trois à valoriser l'Humanitude et l'importance de se former à cette vision du soin au regard de la description de leur métier (respect de l'autre et accompagnement individualisé du patient). EC*SP et EL*S ont été formées dès leur formation initiale, en 2009, dans deux centres différents et EN*SP a suivi récemment une formation sur ce sujet (grâce au SSIAD). Nous percevons, ici, la volonté d'instaurer des soins centrés sur la personne.

Au-delà de cette formation, EA*SP, EV*SP et EM*SP insistent sur l'importance des connaissances cliniques à acquérir en formation initiale au regard de leur rôle en terme d'évaluation de l'état de santé d'une personne pour maintenir son autonomie. Ces connaissances et capacités sont particulièrement détaillées dans les unités d'enseignement 2 et 3 du référentiel actuel (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, p.31-32). D'ailleurs, quatre d'entre elles expriment l'importance de leur rôle en terme d'observation : « *Etre observateur* » (EH*SP, IC), « *On observe beaucoup* » (EV*SP, IC), « *savoir identifier s'il y a quelque chose qui ne va pas* » (EK*S, IC), « *repérer euh… euh voilà, les changements* » (EB*S, IC). Pour autant, sept d'entre elles affirment que ces capacités (évaluation clinique et relationnel) s'acquièrent également au moment de l'action (en stage et via l'expérience) : « *ça ça s'apprend, euh, sur le terrain et à force de faire des formations* » (EN*SP, LIA), *« l'expérience aussi fait que ça nous aide à avancer »* (EM*SP,LA) , *« On apprend aussi avec la pratique »* (EA*SP, LA), « *On s'apprend au fur et à mesure »* (EG*S, LA), *« les stages que j'ai pu faire »* (EH*SP, LA), *« on vous apprend , ben pour pouvoir débuter et après c'est votre carrière qui faite le reste »* (EV*SP, LA), *« les stages m'ont influencée »* (EB*S, LA).

Synthèse des facteurs individuels :

Nous pouvons retenir de cette première catégorie, qu'être aide-soignant actuellement ne se résume plus à effectuer des soins d'hygiène. Au contraire, les interviewées s'attachent à décrire leur métier à travers une approche globale respectueuse et individualisée de la personne centrée sur l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne. Pour elles, il est important de valoriser les qualités humaines, les capacités relationnelles, les capacités d'analyse et organisationnelles de leur identité métier. Tout comme les savoirs acquis en formation (initiale par alternance, en formation continue) et l'expérience pour prévenir et maintenir l'état de santé des patients.

5.2.1.2-Sur le plan de l'offre identitaire

a. Condition de travail et « sale boulot »

Les propos recueillis montrent que l'aide-soignant se centre et se construit davantage en lien avec les besoins du patient. Cette nouvelle vision explique peut-être la raison pour laquelle elles sont cinq à avoir précisé être venues travailler en service de soins à domicile suite à une expérience

décevante en structure médico-sociale et/ou dans les hôpitaux (EC*SP, EK*S, EV*SP, EH*SP, EA*SP).

Ces cinq aides-soignantes verbalisent toutes des tensions trop importantes entre leur identité professionnelle et ce que les structures médico-sociale et/ou hôpitaux leurs proposaient. Six d'entres elles, (dont une ayant toujours exercé en service à domicile (EL*S) tiennent à exprimer qu'en structure ou dans les hôpitaux, il y a un manque de temps lié à une nouvelle gestion financière et un manque de personnel ne permettant pas ou plus de prendre soin du patient dans son ensemble : «*J'avais pris un rythme […]qu'on a plus à l'hôpital et est en maison de retraite »* (EL*S, MS), « *c'était un travail à la chaine* » (EK*S, MS), « *Par manque de temps, on leur [les patients] enlève plein de chose »* (EV*SP, MS), *«on prend moins de temps avec eux[les patients] donc il ses sentent un peu plus seul »* (EH*SP, MS), *« faut les [les patients] pousser. On prend pas le temps d's'occuper vraiment d'eux [les patients] »* (EA*SP, MS), *« je me suis retrouvée en EHPAD, des fois, retrouvée à faire 12 toilette le matin, 12 toilettes entre 7 heures et 11 heures et demie »* (EC*SP, MS).

Elles sont également 5 sur les 10 interrogées à déplorer que l'image du métier n'a pas changé et qu'elles ne sont toujours pas reconnues à leur juste valeur : *« y en a qui ont du mal avec notre métier d'aide-soignante […] c'est pas que ça »* (EK*S, MS), « *On a toujours, je pense à la tête de certaines personnes l'aide-soignant est en bas, l'infirmière est en haut. »* (EV*SP, MS), *« J'espère qu'on[les aides-soignants] va être, un petit peu plus, un petit plus, reconnu »* (EH*SP, MS), *« y'a toujours cette comparaison de…c'est un métier low cost »* (EC*SP, MS), *« l'aide-soignante, en général, on est là que pour laver des fesses, mais non pas que »* (EM*S, MS). Associées à cette image, 4 personnes expriment, souhaiter une reconnaissance sur le plan financier (EA*SP et EG*S hors enregistrement et EH*SP et EK*S au cours de l'enregistrent). L'image du « sale boulot » décrite par Arborio (Arborio*,* 1995), reste ancrée dans les esprits.

b. Du temps pour le patient à domicile

Aujourd'hui le domicile permet aux aides-soignantes de valoriser leur projet identitaire car elles expriment disposer du temps nécessaire pour accompagner le patient dans sa globalité. En effet, 9 personnes interrogées ont mis en avant le facteur « temps », exprimant à chaque fois la possibilité de prendre le temps pour le patient : « *on a la possibilité quand même de prendre en charge le patient avec le temps qu'il faut »* (EB*S, MO), *« on prend un peu plus de temps pour discuter »* (EL*S, MO), *« On a vraiment le temps de prendre le temps pour la personne »* (EK*S, MO), *« on a davantage de temps pour écouter »* (EV*SP, MO), *« on a quand même le temps de prendre soin, de discuter, de prendre un café »* (EH*SP, MO), *« on n'est pas pris par le temps. »* (EG*S,

MO), *« C'est qu'on prend plus le temps »* (EA*SP, MO), *« on n'a pas le chrono en main »* (EC*SP, MO*),* « *on a cette chance d'avoir le temps de les pouponner »* (EM*SP, MO).

Ce temps est possible car les personnes verbalisent une organisation centrée sur le patient. Les tournées sont, par exemple organisées en fonction des besoins et des habitudes des personnes : « *l'organisation va être faite selon aussi* » (EB*S, MO), « *On [les aides-soignants] essaye de négocier un peu mais y'a certaines personnes c'est non c'est 7h30 »* (EV*SP, MC), *«forcément y a des journées où c'est plus chargé que d'autres... »* (EN*SP, MO).

Il n'y a pas de planification de soin, les tâches sont effectuées en fonction de la demande et des capacités du patient selon les jours *: « c'est la personne qui est au centre et c'est pas le travail de l'une ou de l'autre qui fait ou qui ne fait pas* » (EN*SP, MO), *« l'organisation va être faite selon aussi euh … l'état euh… et les moyens de la personne* » (EB*SP, MO).

L'aide-soignante est également présente pour la personne ; elle ne se déplace pas de chambre en chambre pendant que le patient se rase par exemple : « *Je vais chez le patient. J'me consacre qu'à lui* » (EK*S, MO), « *On [les aides-soignants] est là trois quarts d'heure pour la personne. On [les aides-soignants] va voir personne d'autre. Voilà quoi. Y'a une présence qui est complètement, complètement différente* » (EH*SP, MO).

Selon quatre aides-soignantes, le domicile est organisé de cette manière (centré sur le patient), en lien avec le but des soins. Ici l'objectif est de maintenir la personne, le plus longtemps possible chez elle (EK*S, MO),(EH*SP, MO), (EG*S, MO), (EC*SP, MO). Cela engendre, en retour, une autre relation car comme l'explique l'une d'entre elles, l'aide-soignante intervient pour soutenir les choix de vie de la personne (EH*SP, MO).

c. Une relation de proximité au domicile

Comme nous l'avons exprimé dans le facteur précédent, les personnes interrogées valorisent leur identité métier au regard de la relation, deux d'entre elles, vont même jusqu'à verbaliser qu'elles font ce métier pour la relation avec le patient : « *du moment qu'j'ai la relation avec la personne* » (EA*SP, IS), «*'j'adore ce côté humain. Faut pas m'l'enlever* » (EG*S, IS). C'est pourquoi, elles sont 8 à dire que le domicile offre cette possibilité là : valoriser la relation.

A domicile, cette relation est particulière car les aides-soignantes de par leur intervention pénètrent dans l'intimité du patient : *« On [les aides-soignants intervient chez eux [les patients] et je dis, c'est pas pareil que dans une structure. » (*EK*S, MC). Certaines qualifiant même leur intervention, « d'intrusion » chez l'autre car la personne soignée doit accepter la « médicalisation » de son espace

ce qui n'est pas toujours évident : « *l'intrusion de certaines personnes dans une maison*…(EG*S, MC), « *c'est vrai qu'on [les aides-soignants] rentre dans l'intimité des gens, on [les aides-soignants] rentre chez eux* » (EH*SP, MC), « *qu'ils [les patients] acceptent notre passage hein. C'est pas toujours évident, euh… pour tous* » (EB*S, MC).

Au-delà, de ce facteur, deux interviewées (EH*SP et EL*S) soulignent que la relation est différente de part l'isolement des personnes. Les services de soins à domicile sont les seules visites de la journée, le seul lien avec l'extérieur. C'est pourquoi l'échange est attendu par les patients et même à prioriser dans certaines situations : « *c'est quelqu'un [le patient] qui vous attend vraiment* » (EV*SP, MC).

Le petit café valorisé et spécifique aux soins à domicile est un moment important et attendu pour les patients car c'est la possibilité d'échanger en dehors de la pathologie : « *ils attendent autre chose aussi euh… qu'on leur apporte autre chose aussi également euh… une communication qui n'a rien à voir aussi avec le soin.* » (EB*S, MC), *« Des fois, on prend des cafés, on a le temps, on a complètement une autre relation»* (EM*SP, MC).

Cet instant privilégié par les professionnels durant les entretiens, participe également à leur reconnaissance identitaire. C'est via la description de ces moments que les aides-soignantes ont tenu à mettre en avant la relation de proximité instaurée entre elles et les personnes prises en soin : « *la relation à domicile, elle est vraiment enrichissante. On peut parler. Y'a des gens d'ailleurs, si on prend pas l'café* » (EA*SP, MC), « *on a quand même le temps de prendre soin, de discuter, de prendre un café si on a envie de prendre un café* » (EH*SP, MC). L'une d'entre elles, n'hésite pas à poursuivre cet instant malgré la crise sanitaire car il fait partie intégrante de son identité, elle ne peut y renoncer : « *C'est vrai qu'bon, faut pas trop l'dire parc'qu'en c'moment ils nous disent bon il faut pas mais j'avoue que ils ont tellement besoin, ils voient pas leur famille.* » (EG*S, MC).

d. Une nouvelle culture du soin : l'adaptation

Face à cette crise sanitaire, il n'est pas toujours évident de s'adapter et pourtant… S'il faut retenir une capacité spécifique du métier d'aide-soignant en service à domicile, ce serait bien l'adaptation. L'organisation de ces prestataires étant centrée sur l'humain, les aides-soignants doivent constamment s'adapter pour accompagner et aider la personne à maintenir son état de santé tout en réalisant son projet de vie. Durant les entretiens huit d'entre elles, emploient le verbe « s'adapter » ou formule le terme « d'adaptation » (EN*SP, EC*SP, EG*S, EA*SP, EV*SP, EK*S, EL*S, EB*S). Cette faculté apparait donc importante pour exercer en service de soin à domicile. Selon les interviewées, ces facultés s'exercent à plusieurs niveaux.

- **Adaptation au patient**

Les aides-soignants sont amenées à s'adapter face aux patients et face à ses besoins car l'organisation est centrée sur ce dernier : « *s'il avait l'habitude de faire sa toilette tel jour comme ça, bon bah on essaie de garder au maximum les jours prescrits* » (EL*S, MC), *« C'est adapté vraiment à chaque patient. »* (EK*S, MC), *« il faut que notre soin s'intègre à la vie quotidienne de la personne et non l inverse »* (EC*SP, MC).

- **Adaptation à la famille**

Intervenant chez les personnes, ils sont également amenés à intervenir en présence des aidants, des proches. Ils doivent s'adapter à la famille, à leurs exigences et parfois même à les prendre en charge tel que l'exprime EA*SP.

- **Adaptation du soin en lui même**

Si les aides-soignants s'adaptent à la personne, à leurs proches, ils développent également des capacités d'adaptation dans leur soin. En effet, comme le dit justement EK*S, ils travaillent dans différents milieux, ils ne disposent pas du même matériel d'un endroit à un autre : « *on peut se retrouver chez un patient où le… voilà avec une… belle maison, un bel environnement euh…, et à côté de ça, se retrouver euh… presque les pieds dans la boue en sortant de la voiture. » (EK*S, MC).* Même si du matériel (lit médicalisé, verticalisateur…) est instauré pour une meilleure prise en soin, il faut pouvoir s'adapter au souhait de la personne. En effet, il est possible que certains patients aient besoin de temps pour accepter ces dispositifs chez eux (EL*S, MC).

- **Adaptation sur le moment présent**

Au-delà du soin, c'est véritablement une adaptation sur le moment présent car en service à domicile, l'aide-soignant intervient seul la plupart du temps : « *En fait on est seul dans nos soins* » (EV*SP, MO). Il s'agit de s'adapter à la prise en soin de personnes souffrant de troubles cognitifs où les situations peuvent être totalement différentes selon le moment de la journée : « *il faut l'établir en fait. Et en plus le mode d'emploi qui est valable lundi matin est pas forcément valable le lundi soir avec ces gens-là [patients souffrants de troubles neuro-dégénératifs] ». (EV*SP, MC*), *« Donc c'est vrai qu'face aux problèmes on… faut qu'on gère hein.» (EG*S, MC)*. Il faut également être en capacité de réagir vite face à une situation urgente *: « On n'a pas d' personne, on n'a pas l'infirmière autour de nous. Il faut voilà. Il faut réagir quand même » (EK*S, MC),* « *tout d'suite faut qu'on appelle le SAMU » (EG*S, MC), « réagir assez vite des fois parce que les gens après on les laisse seuls » (EB*S, MC).*

- **Adaptation de sa tournée**

Travaillant seuls, les aides-soignants organisent leur matinée et l'adaptent en fonction des situations et des besoins du patient : *« on s'organise quoi. J'trouve qu'on est pas pris par euh… comment dire… On… faut respecter c'qu'a été mis mais c'est souple quand même » (EG*S, MO). « c'est vrai qu'être à domicile, faut savoir s'adapter et gérer aussi son temps parce que, ben ! On est toute seule, c'est pas toujours évident des fois » (EA*SP, MC).* Ici, ce sont les capacités d'organisation qui sont mises en valeur, en plus de la faculté d'adaptation des tournées.

- **Adaptation à une nouvelle culture**

Au-delà de cette faculté d'adaptation qui devient nécessaire pour exercer, pour deux aides-soignantes exerçant depuis plus de 20 ans (diplômée du DPAS pour EG*S et du CAFAS pour EN*S), cette capacité contribue au développement d'une nouvelle identité, sur le plan culturel : « *on a des jeunes avec nous, […]Et sur certaines choses ça nous fait avancer* » (EG*S, MCU), « *Le patient, c'est, c'est lui qui mène[…] actuellement moi j'ai des collègues qui sont très, très pointilleuses sur le bien-être de la personne. » (*EN*SP, MCU*),* « *Tout est différent,[…] ce n'est plus caricaturale comme quand on nous apprenait dans les écoles d'aide-soign*ante » (EN*SP, MCU).

Synthèse des facteurs sociaux :

Les prestataires de services à domicile sont vigilants à s'organiser en fonction du patient et sa famille. Les aides-soignants disposent du temps nécessaire pour prendre en charge ce dernier (contrairement aux structures médico-sociales et aux hôpitaux) et la relation y est valorisée. Enfin, travaillant seuls, ils sont amenés à s'adapter constamment sur plusieurs niveaux ce qui renforcent leurs capacités organisationnelles et d'analyse. Les services de soins infirmiers à domicile cherchent à répondre aux besoins du patient tout en leur assurant une continuité dans leurs habitudes de vie comme le formalise Chauvière (Chauvière, 2018). Néanmoins, les aides-soignantes interrogées ont exprimé ressentir un manque de reconnaissance identitaire persistant aux yeux du public.

5.2.1.3- Collaborer

Le domicile permet d'accompagner le patient au quotidien dans le respect de son projet de vie, tel que l'exprime les personnes interrogées. Pour autant, les aides-soignants, participent-ils au travail en collaboration avec les autres professionnels ?

a- Une intention

Sur les dix personnes interrogées 9 d'entre elles (toutes les personnes interrogées sauf EB*S) expriment travailler en collaboration avec d'autres professionnels dès que la situation du patient se complique. Cet exercice se centre autour du patient : *« C'est collaborer. C'est pour le bien-être d'la personne »* (EA*SP, INT) afin de maintenir la personne à son domicile le plus longtemps possible (EK*S, INT). Enfin, cette collaboration concerne l'ensemble des personnes intervenant autour du patient qu'ils soient professionnels ou non : *c'est une collaboration avec la famille aussi »* (EG*S, INT).

b- Une coordination et un travail en binôme avec les auxiliaires de vie

Sept personnes interviewées (EK*S, EV*SP, EH*SP, EG*S, EC*SP, EM*SP, EN*SP) s'attachent à définir le travail en pluri-professionnalité en terme de coordination de soins. Parmi ces sept personnes, cinq expliquent clairement l'organisation de ce travail et le rôle clé de l'infirmière coordinatrice en tant que coordinateur (EK*S, EV*SP, EH*SP, EG*S, EC*SP, EM*SP). Le rôle de l'aide-soignant consistant à transmettre les informations à l'infirmière coordinatrice pour alerter sur les situations lorsqu'elles se complexifient. Ici, l'infirmière coordinatrice dispose d'un réseau de professionnel auquel elle fait appel lorsque la situation le nécessite afin d'assurer le projet de vie du patient. Le maintien à domicile fédère l'ensemble des acteurs : « *quand on voit que les situations sont trop compliqués, ben on fait appel, euh, on fait appel au réseau.* » (EC*SP, SCO).

EB*S précise que la collaboration peut également prendre la forme de « l*a pratique par consultation* » tel que décrite par le RCPI (Carreau et al, 2018, p.14). Les aides-soignants peuvent également téléphoner à leur infirmière coordinatrice ou à un autre professionnel pour demander un conseil : « *on peut prendre éventuellement une photo de la plaie pour euh… donc euh… demander conseil à la coordinatrice » (EB*S, SCO), « on veut des infos on laisse un mot et pis euh, si elles passent, y'a des infirmières qui passent tous les jours chez les patients, elles nous donnent leurs avis » (EG*S, SD).* « *on a leur téléphone. Donc si on a un problème, on sait qui interpeller si y'a un souci chez un de nos patients* » (EV*SP, SD).

Parallèlement à ces pratiques, les interviewées ont fait part d'un travail accru en binôme avec les auxiliaires de vie lorsque la personne devient plus dépendante afin de faciliter les soins : « *les auxiliaires de vie, ben voilà, ça nous permet de travailler en binôme »* (EA*SP, INT*), « en binôme aussi de temps en temps avec les auxiliaires de vie sur certaines interventions, sur des patients qui sont dépendants et il faut être à deux »* (EK*S, INT).

Nombreuses sont celles (EM*SP, EN*SP, EA*SP, EG*S, EB*SP) appréciant et valorisant ce temps d'échange et l'équité qui en résulte : « *ça n'empêche pas qu'elles sont complémentaires […] C'est très enrichissant aussi » (*EM*SP, SD), *« les auxiliaires de vie qui travaillent sur le secteur, elles en font largement autant que nous »* (EN*SP, PEQ, PEF), *« on est au même niveau pour moi »* (EG*S, PEQ, PEF).

c. Peu d'interaction mais une écoute

Pour autant, à écouter les interviewées, le travail est relativement isolé sur le plan disciplinaire. Nombreuses sont celles (EG*SP, EM*SP, EN*SP, EV*SP, EK*S, EL*S*)* ayant mis en avant le peu d'interactions avec les autres professionnels hormis l'infirmière coordinatrice et les auxiliaires de vie : *« c'est vrai que nous on a pas beaucoup de relation avec »* (EM*SP, ITR-), *« c'est vrai qu'on les voit pas »* (EK*S, ITR-)

Deux d'entre elles énoncent même un manque à ce sujet : « *ce qui est compliqué, par rapport aux maisons de retraite, c'est qu'il y a… Je veux dire, on est tout seul »* (EM*SP, ITR-), *« Ce qui peut manquer. C'est pour ça que je dis que c'est bien de travailler avec d'autres services »* (EN*SP, ITR-).

Parallèlement à cet exercice isolé, elles sont 5 à mettre en avant une écoute active de la part du SSIAD face à leurs difficultés quotidiennes : « *elle [l'infirmière coordinatrice] est à l'écoute »* (EB*S, MA), *« Elle [l'infirmière coordinatrice] nous laisse jamais dans la difficulté »* (EV*SP, MA), *« ils [Le SSIAD] sont vraiment dans notre bien-être en fait »* (EC*S, MA). Elles reconnaissent également l'importance non négligeable du regard de l'ensemble de l'équipe unidisciplinaire sur leur travail renforçant leur motivation et l'évaluation positive de leur travail : « *on a une équipe qui est relativement proches les unes des autres »* (EV*SP, MA), **«** *on se sent soutenue, on peut débattre sur des situations compliquées »* (EM*SP, LRP, LRS).

d. Transmettre

Si les interactions sont pauvres, les aides-soignantes insistent sur la continuité des soins. Selon Haggerty, Mc Kendry et Reid (Haggerty, Mc Kendry, Reid, 2002), le concept de la continuité des soins peut être de trois types : la continuité informationnelle, relationnelle et la continuité d'approche. La continuité informationnelle concernant les informations transmises, permettant d'adapter au mieux le soin et la prise en charge globale du patient (*ibid*). C'est cette approche qui est mise en avant par 9 personnes interrogées (toutes sauf EK*S).

Parmi les 9 ayant évoqué ce point, cinq notifient l'importance de transmettre leurs actes à l'écrit comme à l'oral quand cela est nécessaire. Ces transmissions peuvent s'effectuer sur le téléphone portable via l'utilisation d'un logiciel commun à l'ensemble de l'équipe du SSIAD (exprimé par EV*SP et EH*SP), associé à un classeur laissé à disposition de tous, chez la personne prise en soin (échangé par EB*S, EV*SP, EH*SP, EA*SP). EV*SP exprime également avoir la possibilité de téléphoner directement aux intervenants concernés en cas de problèmes chez les personnes. Cet outil est une réelle avancé dans leur travail comme l'exprime EG*S bien que EL*S regrette qu'il ne soit pas commun à tous.

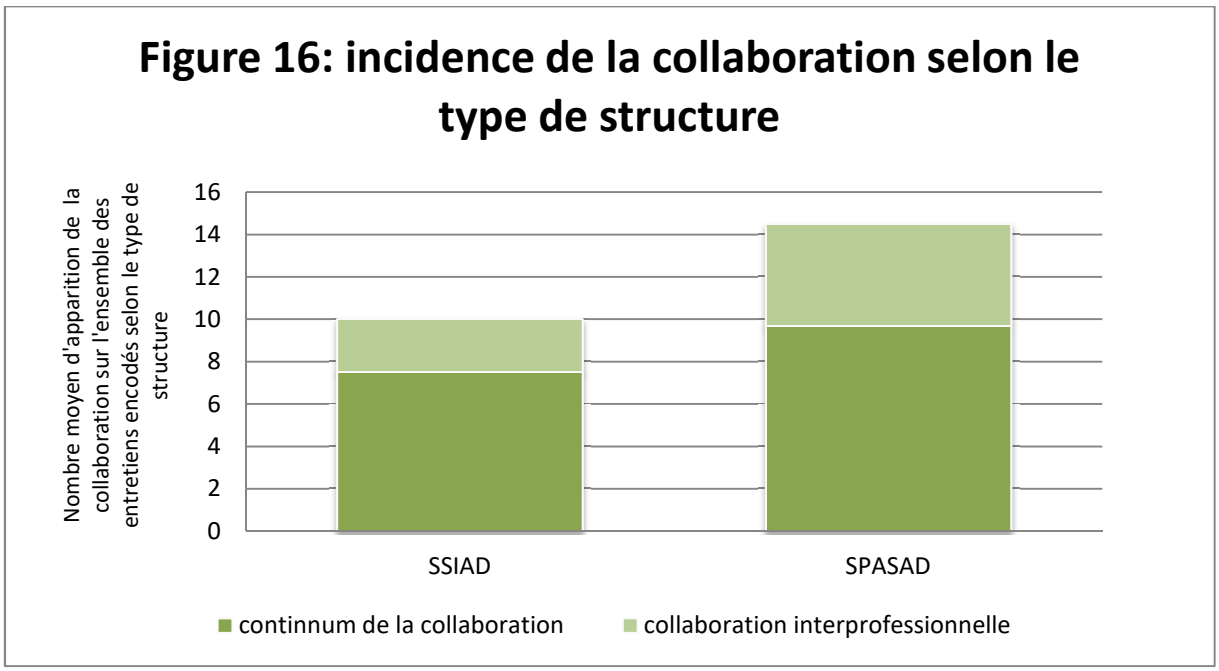
Quand cela est possible, les aides-soignantes transmettent oralement les inforamtions aux intervenants car les échanges favorisent l'émergence de points de vue différents et cela est enrichissant pour tous les professionnels comme pour la prise en charge du patient : « *c'est vrai que je trouve que bah l'échange du coup permet de euh, de voir différentes choses* » (EL*S, SD), *« Des conseils, et voilà. C'est très important de se remettre en question aussi »* (EM*SP, SD), *« C'est comme ça qu'on apprend en fait en discutant »* (EC*SP, SD). « *Il [l'autre professionnel] nous apporte des choses, euh, ils ont des façons de faire que nous, des fois, on voit pas »* (EN*SP, SD*).*

Synthèse de la collaboration :

Actuellement, les aides-soignants collaborent selon les situations des patients avec d'autres professionnels comme précédemment décrit dans notre cadre théorique. Pour cela, ils transmettent les informations observées à l'infirmière coordinatrice et discutent en équipe uni-disciplinaire (infirmière coordinatrice et équipe aide-soignante) du projet de vie du patient. Ils peuvent également prendre conseil auprès de d'autres professionnels et travailler en binômes avec des axillaires de vie, selon les situations. Pour autant cet exercice ne peut être assimilé à une collaboration interprofessionnelle car les interactions avec les autres professionnels restent rares et/ou succinctes.

5.2.2 Analyse transversale et structure

Ayant appris au cours des entretiens, qu'un SSIAD est en cours de restructuration en SPASAD, il est souhaitable de comparer de manière proportionnelle, la thématique de la collaboration de cet établissement (6 personnes interrogées) aux autres SSIAD (4 personnes interrogées).



Proportionnellement au nombre d'interviewées exerçant dans ces différentes structures, le graphique ci-dessus, permet de constater que la collaboration est plus accentuée de 4.5 points soit une augmentation de 45%, lorsqu'il y a une intégration horizontale des services. Les discours des interviewées laissent supposer que l'intégration des services (associer le milieu du soin à celui de l'aide à domicile)facilite le développement des interactions entre les groupes professionnels et par conséquent l'émergence de stratégies identitaires. En effet, Henri et Lundgren-Cayrol, expliquent que les conversations avec les collaborateurs construisent la collaboration de part cette « *intention tacite* » de connaitre l'autre personne (Henri, et Lundgren-Cayrol 2001, p.61).

6 Discussion

6.1 Vérification des hypothèses

L'ensemble des analyses effectuées précédemment (longitudinale et transversale) permet d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche.

L'identité telle qu'elle a été abordée dans le cadre théorique fait référence aux dynamiques identitaires dans la professionnalisation du métier d'aide-soignant. La professionnalisation est abordée, selon Wittorski Richard (Wittorski, 2007) comme un « jeu » entre l'individu et l'organisation. Elle est, ici : « *non seulement une intention sociale (côté organisation) finalisée par la quête d'une évolution des personnes au travail mais aussi un jeu identitaire ou une transaction entre une «mise en reconnaissance de soi » (côté individu, au travers des actes produits) et une reconnaissance effective par l'environnement* » (Wittorski, 2007, p.147). Le projet de devenir aide-

soignant mobilise l'ensemble de l'identité de la personne et vise à son changement « *à travers la modification et la maitrise de son environnement* » (Kaddouri, 1996, p.140).

Les aides-soignants s'attachent à décrire leur activité comme un accompagnement quotidien, individualisé et global mené auprès des personnes prises en soin pour prévenir et maintenir leur état de santé, dans le respect de leurs habitudes de vie. L'organisation centrée sur la personne en service à domicile permet à l'aide-soignant de disposer d'une « *autonomie pratique* » (Schweyer, 2018, p.131) et du temps nécessaire pour réaliser et valoriser par la relation (soignant-patient-famille) cet accompagnement. L'adaptation constante de l'aide-soignant requise dans ce type de service permet de réaliser le projet de soin individualisé des personnes. **Ce constat nous permet de valider l'hypothèse numéro 2 : le développement de l'exercice aide-soignant en service à domicile (SSIAD[4], SPASAD[5], HAD[6]) transforme l'identité de ce métier.**

Les aides-soignants décrivent une collaboration avec d'autres groupes professionnels lorsque les situations des patients le nécessitent. Ainsi, l'infirmière coordinatrice occupe le rôle de coordinateur et les aides-soignants observent et lui transmettent leurs informations. Les interactions entres les aides-soignants et avec d'autres groupes professionnels restent pauvres. En conséquence, les aides-soignants peuvent difficilement recourir à des stratégies favorisant la reconnaissance sociale de l'environnement. **L'hypothèse 1 est donc invalidée : ~~Le développement de la collaboration pluri et interprofessionnelle, en majorant les interactions entre les aides-soignants et les autres professionnels de champs différents, transforme l'identité de ce métier.~~**

Ayant vérifié une hypothèse sur les deux présentées dans ce travail de recherche, il semble important de discuter des résultats de l'enquête en lien avec les concepts étudiés afin de les affiner.

6.2 Se détacher du « sale boulot »

L'identité de l'aide-soignant se détache du « sale boulot » en service de soins à domicile car elle valorise la spécificité du métier d'aide-soignant. Cette spécificité se constitue à partir d'une « *identité héritée* » (culture soignante et référentiel de formation : stage, cours sur l'état clinique) et d'une « *identité agie* » (actes quotidiens réalisés à domicile) (De Ketele, et al, 2010 , p.51).

Les résultats de cette enquête mettent en exergue un métier centré sur la personne prise en soin. Le terme accompagnement est particulièrement véhiculé dans les résultats, les aides-soignantes tiennent à marquer leur spécificité métier centré sur la prévention en santé dans les gestes de la vie quotidienne. Elles souhaitent véhiculer le concept d'« Humanitude » développé par Gineste,

[4] Service de Soins Infirmiers A Domicile
[5] Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
[6] Hospitalisation A Domicile

Marescotti et Pelissier (Gineste, Marescotti et Pelissier, 2008) mettant en avant l'importance de s'adapter à la personne, la relation à l'autre, le respect des besoins et des habitudes de vie de chaque individu. Utiliser ces termes n'est pas anodin car il renvoie au « *contours* » et à la manière dont s'exécutent « *ces tâches routinières* » (Arborio, 2009, p.56) spécifiques à un contexte organisationnel tel que le décrit Arborio.

Travaillant seuls, il est important que les aides-soignants développent leurs capacités d'analyse et d'adaptation (aux patients, aux familles, au matériel disponible, aux situations, au moment présent et cette nouvelle culture du soin). Ce type d'exercice facilite également les « *élargissements de tâche*s » (*ibid)* des aides-soignants (telles que l'évaluation de l'état clinique, et la gestion des situations urgentes). Cela participe, selon Arborio (Arborio, 2009) à la valorisation du rôle aide-soignant.

Associé à cette nouvelle manière de réaliser les tâches, les aides-soignantes sont particulièrement attachées à décrire la spécificité de la relation avec le patient. Selon Arborio (Arborio, 2009), la délégation de tâches est revendiquée par les aides-soignants car elle conduit à valoriser une relation de proximité délaissée par l'infirmier.

L' « *Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et l'aide à la personne* », les facultés « *relationnelles* », *« organisationnelles* » et analytiques de l'aide-soignant (Ministère des solidarités et de la santé, p.12) sont valorisés et développés par les services de soins à domicile. En ce sens, ces services participent aux « *dynamiques de transformation identitaire* » décrites par Kaddouri (Kaddouri, 2002, p.38). Cet auteur explique que lorsque le vécu subjectif des individus est insatisfait, la personne tente de réduire les écarts entre le « *Soi actuel et leur Soi visé* » *(ibid)* par la mise en œuvre de stratégies identitaires. Ici, l'organisation participe à construire une nouvelle identité du métier aide-soignant dynamique.

Associés à cette organisation, les résultats de l'enquête nous ont permis de relever que la formation initiale actuelle est « *professionnalisante* » (Wittosrki, 2007, p.96). Les stages et les cours portant sur l'état clinique du patient concourent à cette « nouvelle identitée » pour les interviewées. Valorisant les missions d'accompagnement de la personne au quotidien (tout en respectant son projet de vie) et la contribution de l'aide-soignant au raisonnement clinique, nous pouvons également rapprocher les résultats d'enquête à l'identité du métier d'aide-soignant recherchée dans le futur référentiel de formation (Discours d'Agnès Buzyn sur les Aides-soignants - 12 février 2020 –., 2020, 13 février).

6.3 Ce n'est pas si facile

Exercer en services de soins à domicile permet aux aides-soignants de mieux concilier le projet « *identitaire de soi pour soi* », au « *projet identitaire de soi pour autrui* » (Kaddouri, M., 2002, p.36) car elles disposent de plus de temps et d'une autonomie pour se centrer sur la personne. Néanmoins, il ne faudrait pas omettre l'idée que l' « *identité désirée* » reste la reconnaissance de leur rôle aux yeux du grand public (De Ketele, et al, 2010, p.51).

Plusieurs aides-soignantes ont exprimé venir travailler à domicile car elles fuyaient le milieu hospitalier et/ou les structures médico-sociales. Cette fuite peut s'expliquer par des tensions inter et intra subjectives trop fortes pour les personnes interviewées entre l'identité précédemment décrite et ce que leur offraient ces services de soins. Ces tensions les ont poussées en retour à adopter de nouvelles stratégies identitaires (Kaddouri, 2019b). Cet auteur exprime par « stratégie identitaire » les actes et discours effectués par les aides-soignants, ici la fuite vers le domicile, en vue de maintenir en cohérence les différents éléments de leur identité professionnelle.

Cette fuite est reliée à un manque de temps, que la nouvelle gestion financière et le manque de personnel ne font qu'accentuer. Pour les interviewées, cela engendre une charge de travail accrue en structure médico-sociale et en milieu hospitalier. Ici, l'identité « négociée » (Wittorski, 2007), exprimée par les interviewées conforte les propos formulés par Arborio Anne-Marie (Arborio, 2009). En 2009, cette dernière explique que la délégation de tâches influe psychiquement sur les capacités des aides-soignants à supporter les conditions de travail. Plus la charge de travail est intense, moins les aides-soignants supportent la délégation de tâches explique cette auteure.

Néanmoins, si le domicile favorise les transformations identitaires de l'aide-soignant en se centrant davantage sur le patient, l'aide-soignant pense que son métier n'est pas suffisamment reconnu du grand public. Par exemple, plusieurs aides-soignantes interrogées déplorent n'être pas assez payées en lien avec l'activité effectuée. Ces propos font particulièrement écho à ceux d'Anchisi (2017) au regard de l'étude qu'il a mené sur les auxiliaires polyvalentes à domicile au Canada. En effet, dans cet écrit, il met en exergue une identité proche de celle des aides-soignants en service de soins à domicile (proximité physique par les gestes du quotidien, relation de proximité, facultés adaptatives) tout en déplorant un manque de reconnaissance financière car ces professionnels restent « *les moins payées et les plus précaires sur le plan de l'emploi* » (Anchisi, 2017, p.64).

6.4 Un manque d'interaction

La spécificité du rôle aide-soignant n'est pas suffisamment reconnue ce qui explique pourquoi, aujourd'hui, ils voyagent peu « *le long du continuum de la collaboration* » (Careau, et al, 2018, p.9). Néanmoins, le développement de l'intégration des services peut être envisagé comme la clé du voyage sur ce chemin de la collaboration.

Si la collaboration organisée au domicile ressemble fort à ce que décrivent Carreau et ses confrères (Careau et *al*, 2018, p.15) comme la « *pratique de concertation* », les aides-soignants n'accèdent en réalité qu'à une « *pratique en parallèle* » (Careau *et al*, 2018, p.13). En effet, les aides-soignants transmettent seulement leurs observations à l'infirmière coordinatrice. Ensuite, c'est elle, qui fait appel à l'ensemble des professionnels en vue de les coordonner. Nous sommes face à un « *partenariat idéologique* » tel que le décrit Dollet (Dollet, 2014, p.65) impliquant une hiérarchisation et une structuration de celui-ci.

Bien que l'exercice en binôme et la possibilité de prendre conseil via le téléphone du service montrent que les aides-soignants cherchent à collaborer avec d'autres professionnels au regard de la situation du patient (Careau, et al, 2018). Les témoignages montrent toujours l'existence d'une « *socialisation différentielle* » favorisant la différenciation des identités professionnelles (Dubar, 2015, p.91). Or cela est peu propice à l'instauration d'un travail en collaboration où l'on cherche à induire un alignement stratégique tel que le décrit D'Amour *(*Amour*,* 1997).

Si les résultats de l'enquête montre une reconnaissance du métier par l'infirmière coordinatrice exerçant en service de soins à domicile, en 2021, nous effectuons toujours le même constat, les aides-soignants ont des difficultés à « *s'inscrire dans un collectif* » (Anchisi, et Gagnon, 2017,p.2). Or la base de la collaboration (interprofessionnelle et interdisciplinaire) nécessite de reconnaitre les compétences de l'autre (Policard, 2014, p.35). Sans ce collectif les aides-soignants ne peuvent mettre en œuvre des stratégies identitaires concourant à valoriser leur métier.

Néanmoins, renforcer l'intégration horizontale des services comme décrit par Couturier et Belzile en 2016, semble être la clé pour reconnaitre pleinement ce métier. Les SPASAD renforcent l'intégration des acteurs de par le rapprochement des équipes du soin (aide-soignant et infirmiers) et de l'aide à domicile (auxiliaires de vie sociale, agent à domicile). Ils participent à la fluidification de l'accompagnement du patient. (*Les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile)*, 2020, 17 septembre)**.** Les soignants interrogés exerçant dans le SSIAD évoluant en SPASAD expriment davantage collaborer avec d'autres professionnels. Cette organisation renforce l'interconnaissance des acteurs et l'installation d'une relation de confiance entres les différents

groupes professionnels (Amour, Sicotte, et Lévy, 1999). Cela peut en retour, concourir à renforcer les interactions et à transformer l'identité de l'aide-soignant. Pour autant, nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que ce constat de la recherche est trop faible pour lui donner une importance forte car il ne concerne qu'un établissement. La dynamique d'équipe pouvant également influencer le « j*ugement positif ou négatif sur le process d'action mis en œuvre »* comme le rappel Wittorski (Wittorski, 2007, p.151), il est possible que ce constat ne soit pas généralisable.

6.5 Limites de la recherche

Nous tenons également à apporter d'autres précisions pouvant nuancer les résultats de cette recherche.

Bien que nous ayons organisé de manière scrupuleuse l'analyse des données à l'aide d'une grille d'analyse en lien avec un cadre théorique et que nous avons été vigilante à garder une posture d'étudiante en recherche, notre identité a influencé inconsciemment la codification des différents items. En somme, les propos recueillis et leur analyse peuvent être assimilés, selon Barbier à un : « *ensemble d'activités dotées d'une unité de sens et/ou de significations par le ou les sujets qui y sont engagés*» (Barbier, 2010, p.167) ou encore selon Kaddouri (Kaddouri, 2002, p.41) à une « *inférence du chercheur* ». Il ne faut donc pas confondre l'inférence du chercheur et la réelle identité des interviewées (*ibid*).

Ceci est d'autant plus vrai que la recherche s'intéresse aux dynamiques identitaires. En effet, Kaddouri (Kaddouri, 2002) exprime qu'échanger sur son identité métier nécessite d'accéder à son « Soi ». Or, ce dernier rappelle que « *la conscience qu'à le sujet de son Soi n'est pas une conscience formalisée prête à l'expression* » (*ibid*, p.40). Un simple entretien, tel qu'il a été mené, ne permet pas d'accéder entièrement à ce projet. Bien que nous ayons posé des questions sur le parcours professionnel des interviewées, c'est véritablement une démarche d'auto réflexion et d'analyse qu'il est nécessaire de mener pour amener la personne à prendre conscience de son projet et de son identité, exprime Kaddouri (*ibid*).

Par ailleurs, il est important de tenir compte de la crise sanitaire qui a pu influencer les propos des interviewées. Les aides-soignantes expriment clairement les impacts de cette pandémie sur leur travail que ce soit en terme de tâches et de relations avec le patient ou que ce soit en terme de revalorisation salariale. Sept ont verbalisé cette crise durant les entretiens dont six pendant l'enregistrement. La crise sanitaire a donc pu influencer l'identité « négociée » des aides-soignantes interrogées et cela, d'autant plus qu'elles exercent au domicile. Effectivement, le Ségur de la santé avait omis, en juillet 2020, de revaloriser les soignants du domicile contrairement à l'ensemble des

agents du monde sanitaire, ce qui a été source de revendications de la part de ces derniers (Fleury, 2021, 10 mars).

Ce choix de l'échantillon peut également être critiqué car, si interroger dix aides-soignantes exerçant en service de soins à domicile a permis de cibler les dynamiques identitaires véhiculées par cet exercice, il ne s'agit que d'un seul point de vue. Bien que cinq des aides-soignantes interrogées aient travaillé en amont en structure extrahospitalière ou dans les hôpitaux, il est possible que les organisations décrites par ces dernières aient également évolué. Afin de s'assurer de ces résultats, il s'agirait de poursuivre l'enquête en interrogeant des aides-soignants ayant travaillé à domicile et travaillant actuellement en structure extrahospitalière. Ces nouveaux entretiens permettraient de confirmer les résultats d'enquête et/ou les nuancer.

6.6 Intérêts et préconisations

Néanmoins, cette recherche a un intérêt majeur, elle nous permet d'avoir une vision précise de l'identité véhiculée par les aides-soignants en service de soins à domicile : rôle, mission, reconnaissance au sein de l'équipe.

Ce constat est particulièrement intéressant pour la formatrice en service à la personne que nous sommes car il permet de formuler des préconisations qui intéressent autant « le système de formation professionnelle initiale » comme celui de la « formation continue », à l'heure de la liberté de choisir son avenir professionnel (loi du 5 septembre 2018) (Vie publique.fr, 2020).

En identifiant les dynamiques identitaires de transformations s'opérant en service de soins à domicile chez les aides-soignants nous pouvons cibler davantage les besoins en formation sur le raisonnement clinique et l'accompagnement des personnes prises en soin.

- **Le stagiaire est acteur**

Face à cette nouvelle dynamique identitaire, il apparait important de s'ancrer dans « *une perspective constructiviste* » (Beckers. 2007, p.141). Partant du principe que chaque expérience peut faire évoluer une partie de l'identité de l'individu, Beckers Joséphine (2007), émet l'hypothèse que revenir sur les situations vécues en centre de formation, sous forme d'échanges, renforce d'autant plus la construction identitaire du stagiaire. L'intérêt est de rendre acteurs les stagiaires en les faisant échanger davantage sur des situations vécues (en stage ou en situation de travail) afin de favoriser l'acquisition de cette dynamique orientée sur l'accompagnement de la personne dans le respect de son projet de vie. Ici, le rôle du formateur est de les amener à travailler sur leurs représentations de l'accompagnement et leurs attitudes guidant l'action (Beckers 2007).

Les facultés d'analyse et d'adaptation déployées chez l'aide-soignant, suite à la nouvelle organisation en santé et l'exercice en soins à domicile, nécessitent de s'appuyer sur une démarche réflexive plus accrue tout au long de la formation. Cette démarche de formation concourt selon Perrenoud à renforcer les capacités analytiques des stagiaires, nécessaires dans le raisonnement clinique, tout en développant l'identité professionnelle de l'individu (Perrenoud, 2004).

- **Perspective socioconstructiviste**

S'il s'agit de valoriser davantage la pratique réflexive, il ne faut pas oublier que l'identité se construit socialement selon Dubar (Dubar, 2015) et Kadourri (Kadourri, 2002). Ainsi, Maurice Tardif précise qu'il ne suffit plus de réfléchir individuellement sur sa pratique mais également de « *réfléchir sur la réflexion des autres, sur les pratiques des autres, sur la façon dont les autres reçoivent sa pratique, et la lui réfléchissent à leur tour* » (Tardif, 2012, p.65). En d'autres termes, la pratique réflexive ne peut se faire isolément car les interactions avec d'autres professionnels concourent à construire l'identité professionnelle et à renforcer les capacités d'analyse, d'où l'importance de développer des dispositifs interprofessionnels en formation initiale et continue pour poursuivre la transformation de l'identité de l'aide-soignant. En ce sens, il pourrait être intéressant de renforcer des séquences communes aux infirmiers et aides-soignants, autour du raisonnement clinique, par exemple. Il pourrait également être intéressant, lors de sessions de formation, de multiplier les échanges interprofessionnels en y associant systématiquement des cadres de santé, kinésithérapeute, ergothérapeute…

La création de dispositifs interprofessionnels réflexifs octroie un second avantage. Il offre la possibilité de critiquer les « *rapports de domination* » avec d'autres professionnels et de reconnaitre l'aide-soignant comme un acteur du soin (Tardif, 2012, p.71). Même si les aides-soignants souhaitent s'inscrire dans un travail collaboratif interprofessionnel, les interactions avec les autres acteurs restent limitées pour ces derniers. Il apparait important de renforcer leur identité professionnelle pour faire reconnaitre la spécificité de ce métier aux yeux de tous et leur importance dans le travail en collaboration interprofessionnelle. Les dispositifs interprofessionnels en formation peuvent concourir à cela. Par exemple, il peut être imaginé des séquences communes à différentes filières portant sur des études de situations communes nécessitant un travail en collaboration.

Conclusion

Formatrice en service à la personne, ce travail a été amorcé en cherchant à comprendre l'identité actuelle de l'aide-soignant. Ce questionnement fait suite à dix ans de collaboration avec ces derniers dans les services de soins et à la vision du formateur, accompagnateur de la construction identitaire des stagiaires. Après une explicitation du contexte de la recherche portant sur les aspects législatifs du métier, le référentiel de formation actuel et la nouvelle organisation en santé (orientée sur les services de soins à domicile et la collaboration interprofessionnelle), il est apparu nécessaire de préciser certains concepts.

Centrée sur le patient, la nouvelle organisation en santé se veut plus transversale et recherche à ce que les différents professionnels du soin voyagent le long du chemin de la collaboration selon la situation du patient (Carreau, E. *et al.,* 2018). Cette organisation, développée sur le territoire, tend à transformer les dynamiques identitaires de l'aide-soignant, influençant en retour la formation initiale qui se veut « *professionnalisante » (*Wittorski, 2007, p.96).

Au cours de cet écrit, nous avons souhaité mettre en lumière les transformations identitaires actuelles de l'aide-soignant. C'est pourquoi, il nous a semblé judicieux d'interroger ces professionnels exerçant en services de soins à domicile afin d'identifier clairement ces conversions. Suite à l'analyse de ces entretiens, un métier tentant de délaisser l'image du « sale boulot » a été identifié car s'ancrant davantage sur un accompagnement quotidien respectueux du patient pour prévenir et maintenir son état de santé. Centré sur la réalisation d'un projet de soins individualisés et disposant d'une « *autonomie pratique* » (Schweyer, 2018, p.131) à domicile, il observe, analyse et s'adapte constamment en veillant à maintenir la relation de proximité instaurée avec le patient et ses proches. Pour autant, si l'exercice en service de soins à domicile concourt à la conversion identitaire, les aides-soignants sont toujours à la recherche d'un *« Soi plus valorisants* » (Kaddouri, 2002, p.38). En effet, cette enquête a également mis en lumière une « *fragmentation du social* » (Dubar, 2015, p.121) qui ne leur permet pas d'entrer dans une « *pratiques de soins et de services partagées »* (Carreau *et al.,* 2018, p. 16).

Néanmoins, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une première enquête qu'il serait intéressant d'approfondir auprès d'aides-soignants travaillant en structure extrahospitalière et ayant, si possible, exercés en service de soins à domicile pour enrichir ces premiers résultats.

Dans tous les cas, ce travail permet de cibler les besoins de formation de l'aide-soignant. A l'aube d'un nouveau référentiel, il parait intéressant de se centrer sur le raisonnement clinique en l'abordant selon une pratique réflexive tout en réfléchissant au développement de dispositifs interprofessionnels en formation, afin de faciliter la reconnaissance et la spécificité de ce métier.

Bibliographie

- **Ouvrages :**

Anchisi, A. et Gagnon, E. (2017). *Aides-soignantes et autres funambules du soin.* Presses de l'université de Laval. 198 p.

Barbier, J.-M. et Durand, M. (2015). *Sujets, activités, environnements*. Presses universitaire de France. 272 p.

Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles: L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. 359 p.

Bodergat, J. et Buznic-Bourgeacq, P. (2015). *Des professionnalités sous tension: Quelles (re)constructions dans les métiers de l'humain*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. 338 p.

Bourdoncle, R. et Demailly, L. (1998). *Les Professions de l'éducation et de la formation*. Lille, Presses Univ. Septentrion. 480 p.

Deaudelin, C. et Nault, T. (2003). *Collaborer pour apprendre et faire apprendre. La place des outils technologiques*. Sainte-Foy, Presses de l'université du Québec, 269 p.

Dubar, C. (2015). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles* ; 5ème ed. Paris, Armand Colin, 350 p.

Henri, F. et Lundgren-Cayrol K. (2001). *Apprentissage collaboratif à distance.* Sainte Foy, Presses Universitaires du Québec, 184 p.

Quivy, R.,Van Campenhoudt, L. (2006*). Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod, 256 p.

Wittorski,R.(2007).*Professionnalisation et développement professionnel*. Paris:L'Harmattan, 189 p.

- **Chapitres d'ouvrages :**

Arborio, A-M. (2009). Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». In : Demazière, D. (éd.) (2009) *Sociologie des groupes professionnels: Acquis récents et nouveaux défis.* Paris: La Découverte. pp. 51-61

Barbier, J-M. (2011). Introduction. In : *Savoirs théoriques et savoirs d'action.* Presses Universitaires de France. pp. 1-17

Charlier, É. (2013). Accompagnement professionnel. In: Jorro, A (éd.) (2013) *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. pp. 17-20

Chauvière, M. (2018). Déconstruire la rhétorique du parcours et de la coordination. In : Guirimand, N (éd.) (2018) *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social: Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin*. Nîmes, France: Champ social. pp. 23-34

Couturier, Y. et Belzile, L. (2016). Chapitre 4. Une forme empirique de coordination. In : *L'intervention de coordination: Dans les métiers du prendre soin.* Nîmes, France: Champ social. pp. 117-155

Couturier, Y. (2018). Intégrer les services pour soutenir une intervention globale. In : Guirimand, N (éd.) (2018) *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social: Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin.* Nîmes, France: Champ social. pp. 77-87

De Gaujelac, V. (2002) L'identité, In : Barus-Michel, J (éd.) (2002) *Vocabulaire de psychosociologie, références et positions*. Paris : Érès, 2002. Pp 174-180

De Ketele, J. *et al.* (2010). Chapitre 2. Une évaluation tendue entre efficacité et transformation identitaire ? In: Paquay, L. (éd.) (2010), *L'évaluation, levier du développement professionnel : Tensions, dispositifs, perspectives.* Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. pp. 49-65.

Dubar, C., Tripier, P. et Boussard, V. (2015). La question des identités professionnelles. In *Sociologie des professions.* Paris: Armand Colin. pp. 301-326.

Guirimand, N., et Mazereau, P. (2018). Le triangle de la coordination des parcours des personnes en situation de handicap. Modélisation de l'activité et des interactions entre familles, institutions et professionnels des secteurs sanitaire, éducatif et médico-social. In : Guirimand, N (éd.) (2018) *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social*. Nîmes, France: Champ social. pp. 46-75.

Kaddouri, M. (2014). Dynamiques identitaires et rapports à la formation. In *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation.* L'Harmattan. pp. 121-147.

Kaddouri, M. (2019b). Dynamiques identitaires. In Delory-Momberger, C. (éd.) (2019), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique.* Toulouse, France: Érès. pp. 66-69.

Maubant, P. (2013). Alternance. In Jorro, C (éd.) (2013), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. pp. 29-32.

Mazereau, P. (2015). Vers un cadre d'analyse multiniveau des professionnalités dans les métiers relationnels. In : Bodergat, J. et Buznic-Bourgeacq, P (2015) *Des professionnalités sous tension* : *Quelles (re)constructions dans les métiers de l'humain.* Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur. pp. 43-59.

Périsset, C. (2018). Intégration des services d'aides et de soins pour une continuité du parcours de vie des aînés. In Guirimand, N. (éd.) (2018), *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social: Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin.* Nîmes, France: Champ social. pp. 127-140.

Perrenoud, P. (2001). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. In : Lhez, P., Millet, D. et Séguier, B. (dir.) (2001) *Alternance et complexité en formation. Education, santé, travail social*. Paris, Editions Seli Arslan. pp.10-27.

Perrenoud, P. (2004). Analyse de pratiques et pratique réflexive : autour de quelques questions vives. In Inisan, J.-F. (dir.) (2004), *Analyse de pratiques et attitude réflexive en formation* Reims : CRDP de Champagne-Ardenne. pp. 71-78.

Schweyer, F.-X. (2018). Sociologie des professions du champ sanitaire et social. In : Louazel, M (2018) *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé.* Presses de l'EHESP. pp. 121-137.

Tardif, M. (2012). Réflexivité et expérience du travail enseignant : repenser le « praticien réflexif » à la lumière des traditions de la pensée réflexive. In : *virage réflexif en éducation: Où en sommes-nous 30 ans après Schön ?* Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. pp. 47-71.

Wittorski, R. (2015). Questions posées à la professionnalisation aux métiers de l'humain. In : Bodergat, J. et Buznic-Bourgeacq, P, *Des professionnalités sous tension* : *Quelles (re)constructions dans les métiers de l'humain.* Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. pp. 29-41.

- **Articles :**

Amour, D., Sicotte, C., et Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé* [Revue en Ligne], vol 17, pp. 67-94. https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1468 (consulté le 9 octobre 2020)

Arborio, A-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé* [Revue en Ligne], vol. *13*, pp.93-126. https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1338 (consulté le 10 février 2021).

Arborio, A-M. (2016). Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante. *Revue française des affaires sociales* [Revue en Ligne], N°3, pp. 241-262. https://doi.org/10.3917/rfas.163.0241 (consulté le 19 novembre 2020)

ARS Bretagne (2011). Les services de soins infirmiers à domicile en Bretagne. *Les études de l'ARS Bretagne* [Revue en Ligne], N°1, https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/ARS%20Bretagne%20-%201_Etudes_ARS_SSIAD.pdf (consulté le 29 novembre 2020)

Barbier, J. (2010). Cultures d'action et modes partagés d'organisation des constructions de sens. *Revue d'anthropologie des connaissances*, [Revue en Ligne], N°1, pp. 163-194. https://doi.org/10.3917/rac.009.0163 (consulté le 22 avril 2021)

Barbier, J-M. (2020). Peut-on parler de dynamique identitaire ? *Innovation Pédagogique* [Revue en Ligne] https://www.innovation-pedagogique.fr/article7042.html (consulté 29 janvier 2021)

Bourdoncle, R. (2000). « Professionnalisation, formes et dispositifs ». *Recherche & formation* [Revue en Ligne], vol. 35, pp. 117-132. https://doi.org/10.3406/refor.2000.1674 (consulté le 11 novembre 2020)

Casagrande, A. (2020). Refonder les interventions au domicile au prisme de la résonance. *Regards* [Revue en Ligne], N°57, pp.115-126. https://doi.org/10.3917/regar.057.0115 (consulté le 27 novembre 2020)

Chamak, B. (2016). Accompagnement d'enfants et d'adolescents autistes : Un SESSAD innovant en Moselle. *Revue francaise des affaires sociales* [Revue en Ligne] N°2, pp. 141-156. https://doi.org/10.3917/rfas.162.0141 (consulté le 26 novembre 2020)

Dollet, A. (2014). Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. *Recherche en soins infirmiers* [Revue en Ligne], N° 118, pp. 62-74. https://doi.org/10.3917/rsi.118.0062 (consulté le 25 novembre 2020)

Fishman-Bosc A. *et al.* (2016). Clarification de concept: la coordination appliquée au domaine des soins. *Revue francophone internationale de recherche infirmière* [Revue en Ligne], Vol. 2, pp. 77-86. https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.02.001 (consulté le 23 novembre 2020)

Le Floch, M. (2008). Une relecture du sale boulot. Entre une division morale et une division sociale du travail éducatif. *Pensée plurielle* [Revue en Ligne], N° 18, pp. 31-48. https://doi.org/10.3917/pp.018.0031 (consulté le 21 janvier 2021)

Geay, A., et Sallaberry, J.-C. (1999). La didactique en alternance ou comment enseigner dans l'alternance? *Revue française de pédagogie* [Revue en Ligne], N°128, pp. 7-15. https://doi.org/10.3406/rfp.1999.1069 (consulté le 26 novembre 2020)

Gineste, Y., Marescotti, R. et Pellissier, J. (2008). L'humanitude dans les soins. *Recherche en soins infirmiers* [Revue en Ligne],N°94, pp.42-55. https://doi.org/10.3917/rsi.094.0042

Graber, M., et Haberey-Knuessi, V. (2017). Le bachelor en soins infirmiers : Entre professionnalisation et professionnalité en Suisse et en Belgique. *Recherche en soins infirmiers* [Revue en Ligne], N° 128, pp. 66-78. https://doi.org/10.3917/rsi.128.0066 (consulté le 19 novembre 2020)

INSEE (2009). Besoins d'aides-soignants en Aquitaine d'ici 2020. *Les quatre pages INSEE Aquitaine* [Revue en Ligne], N°186, pp.1-6. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1293607 (consulté le 29 novembre 2020)

Kaddouri, M (1996). Formation et dynamiques identitaires. *Education permanente*, N°128, pp. 135-151.

Kaddouri, M (2002). Editorial. Les dynamiques identitaires. *Recherche et formation* [Revue en Ligne], N°41, pp. 5-9. https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_2002_num_41_1_1770 (consulté le 21 janvier 2020)

Kaddouri, M. (2019a). Les dynamiques identitaires : Une catégorie d'analyse en construction dans le champ de la formation des adultes. *Savoirs* [Revue en Ligne], N° 49, pp. 13-48. https://doi.org/10.3917/savo.049.0013 (consulté le 23 janvier 2020)

Larbi, K. et Roy, D. (2019). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. *Insee première* [Revue en Ligne], N°1767, pp. 1-4. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949#titre-bloc-10 (consulté le 23 octobre 2020)

Lussier, M. (2020). Parcours des personnes âgées dans le système de santé. *Regards* [Revue en Ligne], N°57, pp.115-126. https://doi.org/10.3917/regar.057.0115 (consulté le 27 novembre 2020)

Mauro, L. (2017). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-20016). *Les dossiers de la DRESS* [Revue en Ligne], N°23, pp. 1-21. http://www.una35.fr/sites/files/upload/Rapport%20HAD%20sur%20dix%20ans%20DREES.pdf (consulté le 10 février 2020)

Michaux, V., Defélix, C. et Raulet-Croset, N. (2011). Boosting territorial multi-stakeholder cooperation, coordination and collaboration : Strategic and managerial issues. *Management Avenir* [Revue en Ligne], N° 50, pp.122-136. https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-10-page-122.html (consulté le 4 décembre 2020)

Paul, M. (s. d) « Ce qu'accompagner veut dire ». *Carrierologie Revue Francophone Internationale* [Revue en Ligne], Vol. 9, pp. 1-15. http://www.carrierologie.uqam.ca/volume09_1-2/07_paul/index.html (consulté le 17 décembre 2020)

Perrenoud, M. et Sainsaulieu, I. (2018) « Pour *ne pas* en finir avec l'identité au travail », *Sociologies* [Revue en ligne] http://journals.openedition.org/sociologies/8750 (consulté le 29 avril 2021)

Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers* [Revue en Ligne], N°*117*, pp.33-49. https://doi.org/10.3917/rsi.117.0033 (consulté le 19 novembre 2020)

Schmid, C. (2017). Les spasad expérimentaux, une offre encouragée pour une meilleure prise en charge. *Vie sociale* [Revue en Ligne], N°17, pp.151-157. https://doi.org/10.3917/vsoc.171.0151(consulté le 27 novembre 2020)

Surbled, M. (2010). Thérèse Palla, une aide-soignante engagée. *Actu soins* [Revue en Ligne] https://www.actusoins.com/3734/therese-palla-une-aide-soignante-engagee.html (consulté le 22 novembre 2020)

Wittorski, R. (2009). Jeter les bases d'une conception d'ensemble des liens entre activité-compétence professionnalisation/ développement professionnel-identité. *Penser l'éducation*, [Revue en Ligne], N°25, pp.143-155. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00601565/document (consulté le 19 novembre 2020)

Wittorski, R (2013). Accompagnement et professionnalisation. *Esquisse* [Revue en Ligne], N°53, pp.5-21. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00798748 (consulté le 16 décembre 2020)

- **Thèses:**

Amour, D. (1997) Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Quebec. Thèse de doctorat : Faculté de médecine, sous la direction de Claude Sicotte. Université de Montréal

Careau, E. (2013). Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipes interdisciplinaires. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures postdoctorales de l'Université de Laval pour l'obtention du grade de philosophiae doctor. Québec

Garcia de la Barga, C. (2015). Dynamique identitaire et capacitaire en situation de formation : le cas des créateurs de mode. Thèse de doctorat : spécialité Psychologie du travail. Université Paul Valéry - Montpellier III

- **Dictionnaire :**

"coopération". (décembre 2020). Dans Le Grand Robert. https://grandrobert-lerobert-com.ezproxy.normandie-univ.fr/robert.asp (consulté le 3 décembre 2020)

"respect". (avril 2021). Dans le Grand Robert. https://grandrobert-lerobert-com.ezproxy.normandie-univ.fr/robert.asp (consulté le 16 avril 2021)

- **Discours :**

Discours d'Agnès Buzyn sur les Aides-soignants - 12 février 2020 –. (2020, 13 février). [Discours]. https://solidaritessante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-sur-les-aides-soignants-12-fevrier-2020 (consulté le 31 décembre 2020)

- **Dossier de presse :**

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020, juillet). *Ségur de la Santé, Les conclusions*. [Dossier de presse] Dicom des ministères sociaux. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf (consulté le 21 avril 2021)

- **Guide explicatif :**

Careau, E. *et al.* (2018). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. [Guide explicatif]. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

- **Rapports:**

DARES. (2014). *Les métiers en 202. Résultats et enseignements*. Commissariat général à la stratégie et à la prospective. [Rapport]. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/cgsp_dares_les_metiers_en_2022_01072014.pdf (consulté le 24 avril 2021)

Haggerty, J., Mc Kendry, R.; Reid, R. (2002) *Dissiper la confusion: concepts et mesure de la continuité de soins,* [Rapport], CHRSF, 54 p. https://docplayer.fr/1415696-Rapport-final-robert-reid-m-d-ph-d-1-2-jeannie-haggerty-ph-d-3-4-rachael-mckendry-m-a-1-mars-2002.html (consulté le 26 avril 2021)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les SPASAD intégrés 2019*. [Rapport]. Direction générale de la cohésion sociale. https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2020-01/RAP_ETAPE_SPASAD%20INTEGRES%20%282019%29.pdf (consulté le 27 novembre 2020)

- **Autres documents :**

ARS Auvergne Rhône-Alpes. (2019, 31 janvier). *PAERPA, PTA, MAIA et GC : Plus de fragmentation ou plus d'intégration....* [Diapositives]. longuevieetautonomie. http://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/PTA_MAIA.pdf (consulté le 26 novembre 2020)

Ministère des Solidarités et de la Santé (2020). Profession aide-soignant, recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'Etat. Berger-Levrault

- **Sitographie :**

Certification | Réseau des Carif-Oref. (2021, 14 avril). Réseau des CARIF-OREF. https://www.intercariforef.org/formations/diplome-detat-daide-soignant/certification-54913.html (consulté le 14 avril 2021)

Conseil, W.-P. (février, 2021). *Informations - IFSO*. IFSO. http://www.ifso-asso.org/ifso.php?rubrique=9 (consulté le 9 février 2021)

Fleury, V. R. (2021, 10 mars). *Ségur de la santé : qui bénéficie d'une revalorisation salariale dans le médico-social ?* Le Média Social. https://www.lemediasocial.fr/f1d2b892c_3d73_4c9c_9190_b8ce21a64fd5 (consulté le 21 avril 2021)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017, 6 décembre). *Un aide-soignant peut-il intervenir dans un programme d'éducation thérapeutique et peut-il faire un diagnostic éducatif ? –*. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/education-therapeutique-du-patient-questions-reponses-relative-aux-programmes-d/article/un-aide-soignant-peut-il-intervenir-dans-un-programme-d-education-therapeutique (consulté le 4 avril 2021)

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (2009). Hôpital Patient Santé Territoires : Une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf#page=8&zoom=auto,-117,430 (consulté le 10 novembre 2020)

Renaud, A. (2019, 19 novembre). *La réforme du métier d'aide-soignant avance, à pas de velours...* Onsil. https://www.onsil.fr/blog/2019/11/19/la-reforme-du-metier-daide-soignant-avance-a-pas-de-velours/(consulté le 15 avril 2021)

Les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile). (2020, 17 septembre). CNSA. https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-spasad-services-polyvalents-daide-et-de-soins-domicile (consulté le 27 novembre 2020)

Vie publique.fr. (2020, 2 décembre). *Loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel*. https://www.vie-publique.fr/loi/20799-loi-pour-la-liberte-de-choisir-son-avenir-professionnel-projet-de-loi (consulté le 30 avril 2021)

Table des sigles

CAFAS : Certificat de d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant

CLIC : Centres locaux d'information et de coordination

CTA : Coordination territoriale d'appui

DPAS : Diplôme professionnel d'aide-soignant

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD : Hospitalisation à domicile

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordinateur

IFAS : Institut de formation aide-soignant

IFSO : Institut formation santé de l'ouest

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PTA : *Plateformes territoriales d'appui*

SAAD : Service d'aide à domicile

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

VAE : Validation des acquis

Table des matières

Introduction 1

1. Cadre contextuel de la recherche 2

1.1 Le métier d'aide-soignant au regard du cadre législatif 2

1.1.1 Cadre législatif au regard de l'exercice aide-soignant. 2

1.1.2 Le référentiel actuel de la formation aide-soignante 2

1.2 Un métier qui n'est pas figé 3

1.2.1 Un référentiel de formation à venir 3

1.2.2 L'aide-soignant à domicile 4

1.3 De nouvelles pratiques au regard du contexte 5

1.3.1 L'intégration des services de manière verticale et horizontale 5

1.3.2 Aujourd'hui et demain, un travail en collaboration interprofessionnelle 6

1.4 Une mission de stage qui questionne les pratiques actuelles 7

1.4.1 Un lieu de stage 7

1.4.2 Une mission et un lien avec la thématique de recherche 8

2. Cadre conceptuel de la recherche 9

2.1 Le métier d'aide-soignant et sa professionnalisation 9

2.1.1Qu'est ce que la professionnalisation ? 9

2.1.2 La difficile professionnalisation du groupe aide-soignant 10

2.1.3 Professionnalisation et identisation du groupe aide-soignant 11

2.2 Les dynamiques identitaires et l'aide-soignant 12

2.2.1 L'identité professionnelle, un construit social 12

2.2.2 Les dynamiques identitaires 13

2.2.3 Dynamiques identitaires de l'aide-soignant et professionnalisation 14

2.3 La coopération, la coordination et la collaboration interprofessionnelle en santé 15

2.3.1 La coopération 15

2.3.2 La coordination dans la santé 16

2.3.3 Le continuum de la collaboration en santé 17

2.3.4 Relation et collaboration 19

3. Question de recherche et hypothèses 21

4 Méthodologie de recherche 22

4.1 Définition de la population 22

4.2 Méthode d'échantillonnage 23

4.3 Terrain de recherche 23

4.4 Méthode visée de captation de la population 24

4.5 Outils choisis 25

4.6 Design de l'étude 26
4.7 Limites de l'enquête de terrain 27
4.8 Méthodologie de traitement des données 29
5- Analyse des données 32
5.1 Analyse longitudinale 32
5.1.1 Etre aide-soignant à domicile c'est évaluer 32
5.1.2 C'est exercer en Humanitude 34
5.1.3 Développer des interactions et de nouvelles activités 35
5.1.4 C'est apprendre chaque jour 37
5.1.5 C'est valoriser la relation à l'autre 40
5.1.6 Pourtant, ce « sale boulot »est toujours présent 42
5.1.7 Pour le préserver, l'aide-soignant va se centrer sur la personne 45
5.1.8 Collaborer pour le patient 47
5.1.9 C'est travailler dans le même sens 48
5.1.10 Développer une nouvelle culture du soin 50
5.2 Analyse croisée 52
5.2.1 Analyse transversale par thématique 52
5.2.2 Analyse transversale et structure 64
6 Discussion 65
6.1 Vérification des hypothèses 65
6.2 Se détacher du « sale boulot » 66
6.3 Ce n'est pas si facile 68
6.4 Un manque d'interaction 69
6.5 Limites de la recherche 70
6.6 Intérêts et préconisations 71
Conclusion 73
Bibliographie 74
Table des sigles 81
Table des Annexes : 84

Table des Annexes :

Annexe 1 : Récapitulatif de la formation en vigueur I

Annexe 2 : Dynamiques identitaires et voies de la professionnalisation II

Annexe 3 : Dynamiques identitaires : sujet-environnement III

Annexe 4: Guide d'entretien IV

Annexe 5 : Grille d'analyse V

Annexe 6 : Tableaux de codages avec extraits d'entretiens VI

Annexe 7 : Retranscription d'entretiens (EV*SP et EC*SP) XLIII

Annexe 1 : Récapitulatif de la formation en vigueur

Unité de formation	Titre du module	Compétence en lien avec le module	stage
1	Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne (4 semaines)	Accompagner une personne dans les activités de la vie quotidienne	4 semaines
2	L'état clinique d'une personne (2 semaines)	Apprécier l'état clinique d'une personne	4 semaines
3	Les soins (5semaines)	Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne	8 semaines
4	Ergonomie (1semaine)	Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes	2 semaines
5	Relation communication (2semaines)	Etablir une communication adaptée à la personne et son entourage	4 semaines
6	Hygiène des locaux hospitaliers (1semaine)	Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifique aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	2 semaines
7	Transmission des informations (1 semaine)	Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins	Pas de stage
8	Organisation du travail (1semaine)	Organiser son travail dans une équipe pluri professionnelle	Pas de stage

Tableau effectué, à partir du recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'Etat aide-soignant (ministère des solidarités et de la santé, 2020)

Annexe 2 : Dynamiques identitaires et voies de la professionnalisation

Eléments de professionnalité en jeu dans les voies de la professionnalisation

Voies de la professionnalisation	1. Logique de l'action	2 Logique de la réflexion et de l'action	3. Logique de la réflexion sur l'action	4 Logique de la réflexion pour l'action	5. Logique de la traduction culturelle par rapport à l'action	6. Logique de l'intégration assimilation
Compétences/ capacités produites	« Compétences incorporées » (inscrites dans les gestes et le corps)	Compétences « intellectualisées ou mentalisées »	« Compétences de processus » ou de « gestion de l'action »		Compétences « intellectualisées ou mentalisées »	Compétences liées à la « situation pedagogique » et capacités méthodologiques
Fonctions assurées par les compétences/ capacités produites	Routines	Compétences investissables	Développement de connaissances sur son propre fonctionnement		Compétences investissables	Capacités investissables
Connaissances ou savoirs produits	Connaissances d'action sur les situations (à l'occasion du faire)	Connaissances et/ ou savoirs d'action DANS l'action et savoirs théoriques	Connaissances et/ ou savoirs d'action SUR l'action	Connaissances et/ou savoirs d'action POUR l'action	Connaissances et/ ou savoirs d'action DANS l'action et savoirs théoriques	Savoirs théoriques (disciplinaires) ou d'action (techniques)
Caractéristiques des compétences, connaissances et savoirs produits	Compétences et connaissances individuelles	Compétences, connaissances ou savoirs individuels ou collectifs	Savoirs partagés et compétences collectives	Savoirs et compétences collectifs	Savoirs partagés compétences individuelles et/ ou collectives	Compétences et capacités individuelles ou savoirs partagés
Dynamiques identitaires	Identité « agie »				Identité « agie et prescrite »	

Eléments de professionnalité en jeu dans les voies de la professionnalisation (Wittorski, 2007, p. 134)

Annexe 3 : Dynamiques identitaires : sujet-environnement

LA PROFESSIONNALISATION COMME PROCESSUS DE NEGOCIATION IDENTITAIRE
SUJET-ENVIRONNEMENT

	5 COMPOSANTES ARTICULEES				
	Cognitive	**Affective**	**Sociale**	**Culturelle**	**Opératoire**
Espace « micro » (l'individu/ le groupe auteur de la compétence) ***Espace de la demande de reconnaissance identitaire***	Savoirs, connaissances et capacités disponibles ; sens accordé à la situation par l'individu agissant	Rapport affectif à l'image de soi, investissement affectif, motivation	Identité pour soi ; stratégie identitaire (en lien avec un projet identitaire)	Orientation du process d'action en fonction de l'attente des collègues et de l'injonction organisationnelle ou professionnelle	Le process d'action prend place dans une opération de travail faisant partie de l'activité en cours de réalisation
Espace « méso » (collègues de travail « observateurs », situation) ***Espace de la négociation identitaire***	La dynamique particulière de l'équipe de travail définit les concours de la situation de travail vécue par le sujet	Le regard porté par les collègues influence de façon positive ou non les affects ressentis par l'individu agissant	Identité pour autrui et, au final, identité reconnue (attribution d'une compétence au sujet à partir de l'exercice d'un jugement d'efficacité à propos du process d'action mis en œuvre)	Attente des collègues concernant la façon de travailler	Cette activité dépend du système d'activité propre au service
Espace « macro » (organisation/ groupe professionnel) ***Espace de l'offre identitaire et de la reconnaissance identitaire***	L'organisation définit les situations de travail et les savoirs et connaissances requis	Le regard porté par l'organisation (évaluation profession-nelle) influence de façon positive ou non les affects de l'individu agissant		Injonction organisationnelle ou venant du groupe professionnel d'appartenance	Cette activité dépend des choix d'organisation du travail et des tâches prescrites
Facettes de l'identité	Identité « sue »	Identité « ressentie »	Identité « négociée »	Identité « assignée »	Identité « agie »
Rôle de l'expérience	Puiser dans l'expérience disponible pour agir				Construire l'expérience « en actes »

La professionnalisation comme processus de négociation identitaire *(Wittorski,* 2007, p. 156)

Annexe 4: Guide d'entretien

Présentation de la recherche et rappel du déroulement de l'entretien.

- Présentation du cadre de la recherche
- Rappeler que l'entretien est anonyme et qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse
- Expliquer le déroulement de la recherche : entretien, retranscription et analyse
- Demander l'autorisation d'enregistrement

La consigne de départ pourrait être :

«, En qualité de professionnelle de la santé, j'aimerais que vous me parliez de votre métier et de vos observations par rapport à l'identité professionnelle actuelle qui se transforme»

* « J'entends par transformation actuelle, le développement de votre exercice à domicile et la collaboration avec d'autres professionnels sur le territoire.»

Thèmes (ordre non déterminé)	**Questions de relances possibles**
Présentation de l'aide-soignant : ***Identité hérité***	*D'où vient ce projet professionnel ?* *Quel est votre parcours professionnel en qualité d'aide-soignant ?* *Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?*
l'aide-soignant en formation **composants : process d'action / identité agie/ identité visée/ voies de la professionnalisation**	*Quelle est votre vision du métier ?* *Pouvez-vous décrire l'identité professionnel du métier (rôle, missions, valeurs, perception)?* *Selon, vous qu'est ce qui vous aide à développer votre identité professionnelle en formation initiale?* *Pour vous, un aide-soignant compétent, c'est quoi ?* *Qu'attend-on selon vous, d'un aide-soignant au regard du savoir, du savoir-faire et du savoir être?*
l'aide-soignant et la nouvelle offre de soin tournée vers le territoire et la collaboration interprofessionnelle **composants : offre identitaire/ intention/négociation/ prise de conscience/intégration/ interaction/ /savoirs disciplinaire/ se corréler**	*Est-ce que vous pourriez définir ce que vous entendez par collaboration inter et pluri-professionnelle ?* *Dans quelles circonstances collaborez-vous avec d'autres professionnels ?* *Qu'est ce que cela implique pour vous de collaborer avec d'autres professionnels?* *Qu'est ce que cela engendre de travailler avec d'autres professionnels ?* *Pouvez-vous décrire le rôle d'aide-soignant en extrahospitalier ?* *Qu'est ce que cela implique ?* *Qu'est ce qui est différent par rapport à l'exercice du métier en hospitalier ou en structure?*

Annexe 5 : Grille d'analyse

Concepts	Indicateurs	Codage	Au regard des transformations identitaires actuelles
Dynamiques identitaires : demande identitaire	« Sue »	IC	Description de l'identité actuelle de l'aide-soignant
	Ressentie	IA	
	Héritage social	IS	
	Nouvelle assignation culturelle	ICU	
Dynamiques identitaires : négociation et offre identitaire	Offre « Cognitive »	MC	Description de l'offre identitaire proposée par les services à domicile concourant à réduire l'écart avec l'identité décrite par l'aide-soignant
	Offre « Affective »	MA	
	Offre « Négociée »	MS	
	Offre « Culturelle »	MCU	
	Offre « Opératoire »	MO	
Voies de la professionnalisation	Voies de la professionnalisation participant à l'identité « agie »	LRS, LRP,	Les savoirs expérientiels et la mentalisation des expériences concourent aux transformations identitaires
		LA	
	Voies de la professionnalisation participant à l'identité « agie et prescrite »	LIA	L'acquisition des savoirs en amont de leur utilisation facilite la conversion identitaire
Le continuum de la collaboration	Intention	INT	Collaboration centrée sur le patient facilitant la conversion identitaire de l'aide-soignant, de par l'organisation instaurée
	Savoirs disciplinaires	SD	
	Interaction	ITR	
	Se corréler	SCO	
Collaboration interprofessionnelle et relation	Négociation	NEGO	Collaboration interprofessionnelle facilitant la mise en place de stratégies de « négociation sociale » de l'aide-soignant pour être reconnu des autres groupes professionnels
	Prise de conscience	PT, R, IT	
	Intégration/alignement stratégique	PEF, PEQ	
Peu/pas de collaboration interprofessionnelle	Absence d'interaction	ITR-	Peu d'interaction ne facilitant pas la mise en place de stratégies identitaires pour l'aide-soignant

Annexes 6 : Tableaux de codages avec extraits d'entretiens

Identité « SUE » : IC

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EN*SP		
197	***Je crois qu'il faut… La qualité qu'il faut avoir, c'est aimer les gens .***	VH	aimer son autre
214	*Ah oui, je pense que c'est le grand mot* ***« Bienveillance et respect de la personne. »***	BR	bienveillance et respect
178	*Bah disons que l'aide-soignante, c'est surtout pour moi,* ***c'est aider la personne âgée à rester à domicile*** *, en lieu important,* ***le bien-être*** *pour qu'elle passe toute sa journée tranquille à la maison. Voilà, être propre, avoir du linge propre, avoir son repas de prévu, euh, ses médicaments.*	BE	As c'est ++ le bien être à domicile
199	*Avoir envie que l'être soit bien et que la personne soit… au mieux quoi. [,,,]* ***Donc y a un côté relationnel, euh, en échange qui est très important dans le soin quoi*** *. Alors que ce qui est donné à domicile, c'est ça quoi. C'est le dialogue et c'est la personne maître d'elle-même et que tu sois* ***celui qui va aider à faire en sorte que la personne arrive[,,,]*** *C'est* ***mettre en confiance les gens dans leur capacité*** *que, bah, si, elles peuvent faire encore beaucoup de choses.*	R Acc	la relation dans le soin, mettre en confiance le patient dans ses capacités
203	*Ah, oui, oui, oui. C'est évident que ça marche beaucoup comme ça hein. C'est… Oui,* ***c'est l'être qu'il faut valoriser dans ce qu'il est capable de faire*** *.* ***Faut l'emmener à croire en lui et croire en ce qu'il est capable de faire quoi*** *. [,,,] Eh ben* ***c'est passer du bon temps*** *, à lui donner une douche et à* ***faire qu'il soit bien*** *, qu'il se détende et qu'il ait des moments plus agréable quoi.*	V	**valoriser la personne, la relation primordiale**
208	***Et là, y a des situations, bah c'est le moment qu'il faut valoriser*** *« Non, non, vous inquiétez pas, ça me dérange pas ce que je fais, le principal c'est que vous soyez mieux » et voilà quoi.* ***Ne pas montrer*** *« Ahlala, que c'est pénible cette situation et de toujours soulever. Bah oui, il peut pas aller aux toilettes tout seul. Bah oui, alors comment tu retrouves ta personne, euh. » Je sais pas, voilà. Y a des [???], y a beaucoup de soins pipi-caca quoi.*	N V	valoriser la personne, neutralité des émotions
210	*Bah faut bien le vivre,* ***faut pas montrer*** *, euh… [,,,] Pas appuyer là où ça fait mal quoi.* ***Dédramatiser là où c'est pas facile à vivre quoi.***	N	**dédramatiser les situations pour revaloriser**
275	Faut pas s'identifier à la personne. Tu peux pas… ***Il faut avoir ce recul pour pouvoir être bien soignant, il faut avoir du recul sur les situation s*** . Sinon, bah on peut pas être soignant quoi. Ça nous bouffe trop quoi.	RE	prise de recul sur la pratique
212	*Et c'est en soi... Ce sont les mots qu'on dit, les paroles qu'on dit, comme on prend les choses et comment on se montre à l'aise dans ces choses là sans dramatiser la situation quoi.* ***C'est, c'est, c'est la façon d'être aussi, la façon d'être quand t'aides des personnes quoi.***	Acc	**le poids des mots et la façon d'être**
	EM*SP		
81	***Oui, d'aimer, déjà d'aimer l'autre quoi, aimer la personne.*** *Aimer les gens en général .* [Rire]	VH	aimer son autre
32	Comment dire, leur instaurer une douche, alors qu'ils n'ont pas l'habitude de ça et après, des fois, ça va en conflit, parce que… *Alors que ça ne sert à rien, ils ont pas l'habitude et faut respecter aussi ça.*	HAB	respect des habitudes de vie
24	Pour moi, c'est très important de ***respecter leur habitude de vie, ou…*** Et, des fois, je trouve qu'on ne le fait pas assez. Ce qui est dommage.	HAB	respect des habitudes de vie
37	***C'est ça, au maximum. Au moins les connaître et mettre en place, euh…*** *C'est que la famille aussi est important, parce que les personnes qui ne peuvent pas forcément parler, c'est important de savoir, comment ils ont vécu, comment…*	HAB	le recueil de données pour une pec globale patient+ famille
75	***Avec une bonne relation*** *, on peut faire plein de choses et accomplir plein de choses avec eux.* ***Faut les mettre en valeur aussi*** *, ils ont pas…*	V	revaloraisation de la personne
158	*Bah, c'est leur proche, donc forcément nous on a pas la même vision. Nous on est neutre, on a une vision de soignant aussi.* ***Donc on a la distance aussi pour*** *…*	N	neutralité émotionnelle du soignant
199	*Ce qui n'a pas changé, c'est que je pars du principe que je peux pleurer avec eux à certains moments, ça n'entrave en aucun cas la…* ***La juste distance*** *que j'ai. C'est pas mes grand-parents, c'est pas mes copains, c'est un patient.*	N	**distance professionnelle mais émotion de l'AS**
232	*Mais je trouvais qu'aide-soignante, c'était vraiment être dans* ***la relation et, en même temps, dans le soin*** *. Donc ça complétait un peu mes deux attentes, ce que je voulais faire quoi.*	R	As soins et relation
71	Ouais, *c'est vraiment prendre soin d'eux, respecter leur vie, respecter leur vécu aussi car c'est super important .*	BR	respect et prendre soin

Suite IC

73	***D'accompagner, d'aider, d'écouter, de …*** Ouais, vraiment, d'être leurs mains un petit peu, ce qui peuvent plus faire, beh ***d'être leurs mains, leur confident, leur personne de confianc* e, on les rassure…** Ouais, ***cette relation*** qui est super importante. [Silence]	Acc BR	**la relation primordiale respect, écoute, relation de confiance**
	EC*SP		
141	*. Il faut pas s'arrêter juste à la formation de base qu'on a d'être aide-soignants. C'est un petit quelque chose mais il y a tellement d'autres formations derrière, qu'il faut vraiment toujours aller plus loin et que s'il y a des formations, ben, Il faut continuer en fait. Continuer à se former, continuer à s'enrichir, en fait, professionnellement.*	F	la formation tout au long de la vie permet d'ouvrir l'esprit et permet de s'enrichir pro
75	Euh, ***Ben après faut toujours avoir la limite [,,,]*** . Euh, justement, ***il faut réussir à avoir un peu plus enfin avoir du recul*** pour pas justement à être plongé dans voilà, faire partie euh comment dire. je me met des	RE	Importance de mettre des limites Prise de recul
77	**limites quand même**, je sais qu'il ya des patients qui ont facebook et qui vont me demander comme ami. ça c'est des choses que non je ne veux pas. Voilà. ***Voyez je mets des limites*** .	RE	Importance de mettre des limites
83	**On les accompagne**, ouais.	Acc	accompagnement et rôle as
89	***Les accompagner c'est euh, ben, on les suit euh. On s'arrête pas qu'au soin justement.*** **On va jusqu'au bout**. Euh, Enfin ouais, ***jusqu'au bout de leur vie*** . [,,,]*et toujours pas il faut faire attention que ça nous empiète pas trop sur notre vie privée après la mort.*	Acc	**accompagner jusqu'à la mort importance de mettre des limites**
104	***un métier vraiment d'accompagnement, un métier de euh relationnel vraiment très important*** *. ou euh comment dire où* ***on doit s'ouvrir en fait aux autres*** *parce que et entendre ce que les personnes aidées ont à nous dire* . C'est à dire que euh nous, on voit des fois des choses plus fort que ça. *Etre aide-soignant,* ***c'est stimuler maintenir l'autonomie*** *c'est vraiment que le patient il a un rôle important en fait.* ***C'est oui nous, c'est notre métier mais la personne principale c'est pas à nous en fait. C'est vraiment la personne aidée qui, qui est au centre en fait*** *. De,* ***qui est acteur en fait*** *, c'est lui qui, qui, qui, nous mène en fait. C'est lui qui nous emmène c'est voilà. C'est pas que un rôle de soins.*	Acc	métier d'accompagnement maintenir autonomie métier où la personne (patient) est au centre
112	***Très complexe euh, ça peut être autant un soin tout simple comme un accompagnement de fin de vie*** . [,,,]Ouais donc. ***c'est autant de maladies que de situations différentes en fait . c'est, il n'y a pas deux patients pareil, ni deux maladies pareil, quoi. C'est vraiment… D'où la complexité je dirais de notre métier. C'est qu'il faut vraiment s'adapter tout le temps, tout le temps,hum.***	Ad	**Accompagnement et soins diversités des situations et complexité adaptation**
136	Les valeurs du métier euh, **euh l'écoute, l'écoute** le euh. qu'est ce qui peut y avoir d'autres ? (silence). Je sèche un peu. Euh, ***Le relationnel, euh la bienveillance*** . **La bienveillance est très importante.** ***Ne pas être dans le jugement, parce que parfois, on peut être très vite dans le jugement de certaines situations.*** Eviter, éviter ce jugement même si parfois on n'a pas trop le choix on est humain. On juge forcément mais on garde	F BR	**la formation tout au long de la vie est importante écoute**
142	Ouais *se former. Se former parce qu'il peut toujours y avoir des… toujours de nouvelles formations* .[,,,] ***Continuer à se former, continuer à s'enrichir, en fait, professionnellement.***	F	**la formation tout au long de la vie permet d'ouvrir l'esprit et permet de s'enrichir pro**
147	Ouais c'est ça. ***Pouvoir à avoir d'autres, d'autres, d'autres flèches à son arc. Pouvoir vraiment… Ouais, ne pas rester sur ses acquis en fait. Toujours approfondir ses connaissances*** *. Toujours ouais. C'est quelque chose qui est très*	F	formation tout au long de la vie et enrichissement pro
153	Non. Faut… ***Les formations, elles évoluent en fait. Ce que j'ai appris euh, il y a dix ans, c'est plus la même chose aujourd'hu*** *i* . [,,,]***Donc voila tout où évolue… tout évolue tout le temps en fait. Ouais.***	F	se former tout au long de sa vie car évolution des pratiques au fur et à mesure du temps
60	C'est bah on ne s'arrête pas à une toilette en fait. ***C'est pas qu'une simple toilette c'est vraiment euh euh pouvoir prendre le temps, discuter .*** Si une personne n'a pas envie de faire sa toilette mais si elle a juste envie de ***parler eh ben c'est déjà du soin*** *. C'est s'asseoir à côté d'eux,* ***prendre un café*** *. ça peut paraître bizarre mais c'est ça aussi le soin . Pouvoir* ***écouter entendre leurs souffrances*** *.* ***La souffrance elle n'est pas que physique ça peut être psychologique*** *.* ***C'est c'est tout cet ensemble là*** *.* [,,,]. C'est vraiment voilà *apprendre à* ***les bichonner.*** *Apprendre à apprendre et ouais* ***prendre soin d'eux .*** Et que ne pas s'arrêter juste sur une petite toilette ou ou un habillage. ça va aux de ça en fait. Hum.	E R	**la toilette pas un simple soin, discuter prendre soin prendre un café écouter la soufrance mentale et physqiue**
	EA*SP		
20	*c'est un métier où déjà une grande qualité, il faut être humaine.*	VH	aimer son autre

Suite IC

22	moi j'aime beaucoup parler et j'trouve que pour être aide-soignante *il faut être humaine et à domicile* , bon, *c'est vrai qu'c'est à nous d'nous habituer, euh !*	VH	aimer son autre et respect
26	Après, c'que j'peux dire heu ! Le métier ben, oui d'aide-soignante donc, *il faut vraiment être humaine, il faut savoir être à l'écoute* .	VH	aimer son autre, respect,écoute
131	Ben, j'trouve que , voilà, *y'a un respect. Faut écouter la personne* , faut la réconforter, faut… voilà, on travaille pas avec des animaux. Encore que les, ben , si les animaux, faut savoir les écouter ; mais on travaille pas avec des objets quoi !	BR	écoute, respect
127	***J'adore établir ce côté relationnel.***	R	la relation
54	*Euh ! j'veux dire, à part, bon* ***,ça reste toujours des soins d'nursing.***	S	**identité métier qui reste fixé néanmoins sur le soin**
71	Ben oui ! D' façon après moi, j*'dis la confiance, c'est partout.* ***Plus on a confiance, mieux ça se passe*** *. Quand on, n'importe quelle relation, quand y'a pas d'confiance , ben malheureusement y'a un moment où ça peut coincer hein.*	R	**la relation de confiance , la base pour travailler**
157	*Ben, j'veux dire, avec des soins d'nurcing fait dans la normale. J'veux dire, lever, habiller, qu'a une relation avec l'humain.* ***La personne qui va savoir lui parler, qui va savoir surtout aussi l'écouter*** *.*	E	écouter et communiquer
161	*Ben oui.* ***Qui établi une relation d'confiance*** *.*	R	la relation
	EG*S		
30	Y'a le respect de de chez eux aussi j'trouve.	BR	le respect de la personne
923	J'trouve qu'on a une *certaine liberté et on a un respect vis-à-vis des gens.*	BR	une certaine liberté d'organisation et le respect au domicile
565	**voilà on…*on dit qu'faut faire attention, qu'faut rester euh… empathique* , qu'faut rester…tout ça ! [,,,]** *Bon faut rester, comme j'vous disais, faut faire attention, mais on a quand même ce côté humain.*	R	investissemnt fort et distance professionnelle
526	***Voilà on n'est pas là que pour le soi*** n. ***Attention on est là aussi pour leur donner un peu de gaieté, leur donne*** r…[,,,]*faut pas voir not'e métier comme voilà toilette et point barre on s'en va quoi ! Moi c'est pas ça hein. Moi j'trouve que…c'est important aussi voilà* ***d'échanger.*** *[,,,]* ***On fait un peu le lien j'trouve.***	R	la relation au cœur du métier AS
851	E*n fait ouai, j'ai l'impression de, malgré que, que voilà ça fait 20 ans je… j* ***'apprends encore des choses, je, je, et je demande encore à apprendre des choses parc'que…rien n'est jamais acquis*** *, faut pas rester sur ses… Bah moi, j'aprle de moi, j'resterai pas sur mes acquis. Il faut surtout pas.*	F	**un métier où on apprend tous les jours**
881	Voilà, ça m'aide et pis ça f… ça m'permet d'me ressourc'…***Et d'être formé j'trouve qu'c'est important. Et j'trouve qu'au jour d'aujourd'hui on a moins d'formations qu'on a eu*** *.*	F	**l'importance de se former constamment car évolution des pratiques**
598	*On est là pour les aider* et qu'on n'est pas là pour leur prendre leur place, attention.	Acc	l'as et accompagnement
534	Oui voilà ! Après attention y'a pas que des soins non plus hein ? Y'a le côté, voilà, relationnel. On leur ramène un de…bah moi j'trouve, j'aime bien, de la gaieté euh…convivial quoi euh!	R	relation et soin
	EH*S		
197	*C'est quelqu'un qui, qui* ***accompagne, enfin, qui sait accompagner une personne, en …. en étant bienveillant, en ayant de l'empathie*** *. Heu, voilà, en* ***sachant repérer, en fait, les, les troubles physiques et psychologiques qui peut y avoir*** *.*	Acc	**Un AS c'est qq qui accompagne sur le plan psy comme phy compétence observation empathie et bienveillance**
198	*Voilà, c'est ça. Les signes, les différents signes. (…)* ***Etre observateur.***	O	**observateur**
99	***Et voilà, faut être bienveillant.*** *Hum (…), enfin c'est un je pense, en plus qui pas fini de se développer parce que les gens sont de plus en plus à venir restez leur domicile donc on n'aura plus en plus besoin d'aide soignante à domicile.*	BR	bienveillant developpement du domicile à l'avenir

Suite IC

221	comme je le disais tout à l'heure ***qu'il soit bienveillant,*** je vais me répété, mais heu…	BR	**AS bienveillant**
78	Heu, bah, heu, ***eh bien en fait on discute avec les personnes on n'est pas là juste pour un soin, une toilette et voilà. [,,,]*** Après heu, dans notre rôle, bah c'est, bah ***c'est de préserver l'autonomie de la personne au plus, de faire attention à ce qu'elle soit, heu, dans le bien-être, heu, tourner dans l'empathie.*** On est dans tout ça aussi. C'est notre rôle aussi. Après si on repère quelque chose d'inhabituel donc toute façon ***on en réfère à l'infirmière. Voilà, on a une infirmière coordinatrice au niveau du SSIAD.***	R	la relation centrée sur la personne, relation réciproque autonomie de la personne bien être et empathie transmettre les informations
69	***la surveillance*** de l'état cutanée, l'état psychologique de la personne aussi. Parce qu'on des personnes, des fois ça va, des fois ça va pas. ***Ils se confient pas mal à nous. Donc au niveau psychologique on a aussi un rôle à jouer.***	O	Le rôle de l'AS surveillance et confident
156	Nous en fait, en tant qu'aide soignantes, on a un rôle de soins, ***un rôle d'observation*** .	O	AS rôle de soins et d'observation
223	, (rire) Je pense que, ouais, pour faire ce métier là, ***faut être bienveillant, avoir de l'empathie, voilà et puis rester soi même aussi.***	BR	As bienveillant empathique rester soi même
	EV*SP		
488	*Aimer les gens* et avoir envie de faire du bien je pense que c'est l'essentiel.	VH	aimer les gens
34	*Respecter ces souhaits* réellement.	BR	respect individu
35	*On accompagne vraiment la personne dans sa vie, dans ses habitudes de vie et euh, au moins on respecte vraiment ce qu'elle veut* . Je vois si un jour elle veut pas et bien voilà on accepte et euh.	HAB	AS accompagne la personne dans sa vie quo
305	***Ben de continuer à apprendr*** e. Étoffer un peu plus, ce que je sais déjà. Je vois là en ce moment, je suis en formation ASG	F	se former pour être plus compétent
425	Après *il y a les écoute aussi par rapport à tout ce qui est psychologique* par rapport à la dame. Y'a pas que le nursing. J'vois si y'a des gens qui sont malades et qui sont un protocole, des fois ils ont besoin de vous parler de ce qui se passe à l'hôpital. Enfin de comment ils ressentent la maladie, comment ils ressentent le traitement, ben vous êtes là pour les écouter.	E	écoute phsy+ psychologique
110	*Ben notre rôle, on est là essentiellement pour faire du nursing, donc euh.*	S	Un AS et le nursing
112	Après, selon les cas et bien ***on a aussi un grand temps d'écout*** e comme je vous disais.	E	AS et écoute+++
121	Donc ***c'est important aussi ce temps de discussion.***	R	importance de l'échange
	Ah ouais non mais c'est impressionnant ! Non mais ***c'est ça le métier d'aide-soignante, c'est, c'est un tout, c'est euh. Le soin certes mais y'a toute l'écoute autour. La surveillance aussi beaucoup.***	S	le métier as "un tout" au quotidien
131		O	
133	*On* ***observe*** *beaucoup.*	O	As un métier d'observation
69	***Donc ben vous le faites pas à leur place, parce que vous n'êtes pas là pour faire à la place de… Mais vous les stimule*** *r et après les gens qui ne peuvent plus faire bien vous faite à leur place. Et au moins et bien ils sont lavés, habillés et on a pu discuter un moment donc du coup.*	Acc	Un métier d'accompagnement, de stimulation, ou le soin se mêle à la relation
32	*Moi mes valeurs c'est pouvoir euh,* ***prendre le patient dans son ensemble*** **pas seulement sa pathologie**.	HAB	importance de prendre le patient adns son ensemble
36	***On accompagne vraiment la personne dans sa vie, dans ses habitudes de vie et euh, au moins on respecte vraiment ce qu'elle veut .***	HAB	habutudes de vies
49	*on a des pratiques, on a, quand on prend quelqu'un en soin* ***on étudie ses habitudes de vie*** *et après ça s'applique tout seul en fait.*	HAB	**des pratiques à apprendre, respect des habitudes de vie**
71	***Y'a aussi le fait de les écouter. il ya aussi le fait de discuter avec les gens d'attendre afin de les écouter ça c'est très important.*** *je pense que à côté de la toilette l'écoute est très très. C'est même plus important qu'une toilette. et euh.*	E	**écoute et l'échange est très important**
312	***Et ça j'aime bien en fait car on apprend en continue tout le temps*** . Et l***a formation d'ASG ça vous permet d'avoir des clés aussi par rapport à certaines choses à laquelle vous n'aviez pas penser. Donc c'est pas mal.***	F	s'adapter constamment au domicile app constamment formation et ouverture d'esprit
355	***, on est quand même les yeux des gens qui décident, quand même, à quelque part.***	O	As les yeux des personnes qui décident
405	*après je sais qu'on m'a proposé* ***la formation sur les soins palliatifs . Je vais la faire. Enfin euh. C'est, c'est enrichissant tout le temps*** *et puis ça évite de faire des erreurs avec des gens.*	F	importance de se former pour rester compétent
408	*Et en plus j'pense que ça permet de pas se lasser. Parce que du coup, vu que vous apprenez des choses nouvelles, vous observez les choses nouvelles. il ya pas de routine*	F	se former pour s'enrichir
420	*En fait,* ***la base de notre métier c'est l'écoute*** *. Enfin, je sais que moi je le ressens beaucoup comme ça, c'est l'écoute. De toute façon déjà quand vous prenez quelqu'un en soin pour la première fois vous êtes obligé de l'écouter. Sinon vous allez pas savoir ce qu il faut faire.*	E	La base du métier: l'écoute

Suite IC

424	***Ca c'est être à l'écoute.*** *Si vous avez une dame qui prend admettons trois douches par semaine et qui fait qu'un shampooing. Ben, il faut le savoir aussi ça. Vous allez pas lui mouiller la tête à tous les coups. Ca c'est être à l'écoute.*	E	La base du métier: l'écoute
460	*Ben, enfin, de toute façon oui, de plus en plus, de toute façon, on s'occupe de personnes âgées donc on est obligé d'être spécialisé plus ou moins* ***. [,,,;]C'est plutôt que ça complète la formation.***	F	**se former pour compléter sa formation**
464	***Après c'est une autre corde en fait.*** *En fait, vous pouvez faire aide-soignante et tous les autres métiers à côté pour compléter votre formation.*	F	se former pour compléter sa formation
466	*Tant que vous* ***apporter du bien-être aux gens*** *, jveux dire ça se complète.*	BE	le métier de l'as c'est le bien être
474	***je pense que oui le bien-être etenfin. L'estime de soi par rapport au patient ça c'est important.***	BE	l'importance du bien etre pour elle
403	*Et après c'est à vous de savoir si vous voulez continuer à apprendre ou vous cantonner à ce que vous savez et dans votre petit train train, après bon chacun voit .*	F	pour elle, l'importance de la formation tout au long de la vie
	EK*S		
68	C'est un **côté relationnel aussi, u*n côté humain*** , euh… ***Faut aimer les gens aussi pour faire ce métier là.***	VH	
34	voilà . Ils sont tous dans la structure et on a l'impression qu'y a un protocole mais…Un protocole, voilà. C'est, voilà, pour tout le monde pareil. *Que là, on intervient chez chaque personne et chaque personne, c'est différent et… Et heu… il faut respecter.*	BR	valeurs le respect le domicile centrée sur la personne
36	Je veux dire, voilà, il y en a qui ne veulent pas. On les respecte quoi. C'est un respect. Il y en a des fois, voilà , ils vont pas vouloir la douche, ils vont pas vouloir ceci. Ben, on va pas leur	BR	valeurs le respect
136	Un aide-soignant compétent, oh, là, là. (rire). Alors compétents, *c'est d'être à l'écoute de la*	E	AS à l'écoute AS respectueuse du patient
138	personne, savoir.. De savoir entendre les besoins, déjà. Savoir ce qu'ils ont vraiment besoin. Alors, heu… *Etre à l'écoute, de respecter aussi leurs besoins.* J' veux dire, si un jour, ils n'ont pas envie d'avoir un soin, *de le respecter* , *de ne pas le forcer surtout, de prendre le temps, auss* i . *De prendre le temps de pas les brusquer parc' que c'est important.* C'est important parce qu'il y a certains patients qui ont des maladies, comme alzheimer et ils ont besoin de beaucoup de temps et surtout il ne faut pas les brusquer. Heu… de repérer aussi, de repérer	R E	AS à l'écoute AS respectueuse du patient
140	s'il y a des choses qui ne vont pas, de savoir repérer comment dire, heu.. *D'identifier, de savoir identifier s'il y a quelque chose qui ne va pas , savoir le repèrer si possible .*	O	observer
15	*. Et y a pas que le soin.* ***Il y a l'écoute, y'a l'échange qui est très important aussi parce que*** *… Pour moi, c'est très important,*	E	**écoute et échange**
30	*de bien m'occuper d'eux et surtout l'écoute. Savoir ce qu'ils avaient besoin, leurs besoins. [,,,]Et il faut quand même être à leur écoute donc.*	E	L'écouter et prendre en compte leurs besoins
38	J' veux dire, ***on respecte leur volonté quoi.***	BR	respecter l'autre
44	***Même dans le soin, y'a aussi le toucher. C'est important le toucher, les massages*** *. [,,,] Il y a aussi, ben, prendre soin d'eux, de leurs cheveux de leurs coquetteries, si elles veulent être maquillées. .*	BE	**toucher et prendre soin**
137	. Alors compétents, *c'est d'être à l'écoute de la personne*	E	AS à l'écoute AS respectueuse du patient
141	*D'identifier, de savoir identifier s'il y a quelque chose qui ne va pas , savoir le repèrer si possible .*	O	AS et observation
145	Heu.. Puis *communiquer , c'est important de pouvoir*	R	prendre le temps savoir communiquer est important
62	*Déjà,* ***il faut aussi aimer le contact, il faut avoir le contact avec les gens*** *. Voilà, Il faut avoir, quand même,* ***un relationnel aussi. Il faut avoir une certaine écoute aussi*** *, quand même parce qu'il faut être beaucoup à l'écoute de ces personnes et heu…*	R	contact et relationnel

Suite IC

	EL*S		
105	*Bah déjà, c'est pour moi de l'aide.* ***de l'aide physique mais de l'aide moral aussi on est là pour écouter les gens pour discuter des fois un soin ne se limite pas à l'habillage au déshabillage et à la toilette*** *. le moral compte beaucoup.*	E	un métier pour aider l'autre sur le plan phy et psy écoute et discussion
128	*Pour certaines personnes c'est difficile de nous voir arriver donc il faut* ***savoir être patient*** *. pour d'autres ça ne gêne pas du tout et voilà.* ***Savoir s'adapter*** *. Voilà, voilà. T****oujours savoir s'adapter*** *je dirais.*	PAD	**patience et adaptation**
167	***Toujours comme je dis l'adaptation*** *parce que la personne Alzheimer euh, si ce jour là, elle a pas envie, ben elle a n'a pas envie mais ben, on va essayer de trouver autre chose qui fait que l'on peut dérouler le soin quand même. Autrement.*	PAD	s'adapter car chaque individu est différent
169	*on va, jvais, selon, comment, suivant l'état de la personne. on est différents aussi. Ce jour là on peut être plus à l écoute et peut-être* ***prendre plus de temps à écouter*** *que de faire un soin . Euh pour aussi, ça fait partie du soin.*	E	adaptation du savoir être également selon individu
196	*Je pense que ça m'aide beaucoup dans mon métier en me disant bah « est ce que tu aimerais être dans cette situation et » comment je l'avais… Voilà* **.**	IC	Empathie de l'As au quotidien
204	*Après je sais pas, si j'étais plus, plus souple ou pas. Mais voilà. je sais que oui, j'ai évolué quand même sur certaines choses en me disant pour moi, « c'est pas grave si ce n'est pas fait aujourd'hui, ça sera fait demain » voilà.*	PAD	**évolution identitaire, adaptation**
144	*Bah,* ***qui sait écouter. Qui c'est être patient*** *.* ***Euh s'adapter à la personne*** *je trouve que c'est très, très important.*	PAD	écouter, être patient s'adapter douceur
146	*Ouai. Donc* ***écouter, être patient ,s' adapter*** *puis euh. Etre, je dirais* ***être doux, de la douceu*** *r parce que voilà.*	PAD E	**écouter, être patient s'adapter douceur**
150	*voilà donc je sais que c'est quelque chose que j'ai remarquée au fils de, des années que ben les gens aiment vraiment que ben* ***que soit un temps calme et doux aussi pour eux*** *quoi.*	PAD	écouter, être patient s'adapter douceur
	EB*S		
29	*Mais aussi l'encadrement par rapport à la famille, parce que c'est vrai que à la base euh…* ***nous intervenons pour soulager la famille.***	Acc	AS intervient pour soulager la famille
33	*Donc* ***nous guidons, nous… nous surveillons et voilà, nous faisons attention*** *euh…que tout soit bien préparé euh… Voilà qu'il y est… voilà que ce soir sûr que euh… qu'il y ait eu quelque chose de pris parce que…*	O	**AS rôle de guide , surveillance auprès du patient**
38	*Bah voilà nous on a aussi la charge de euh… la charge* ***d'assurer euh la sécurité du patient euh…*** *également euh…* ***Tout c'qui est communication c'est très important*** *également euh…*	PS	sécurité et communication
192	Tout c'qui est… voilà, secret médical euh… voilà, il ***faut rester discret,*** voilà. Rien n'empêche à la personne d'appeler euh… son amie ou sa connaissance à côté.	BR	**secret médical AS**
245	*Et… donc euh… notre passage nous euh…,* ***c'est beaucoup de prévention en fait.***	PS	**As et prévention**
279	*Donc il faut vraiment euh…* ***établir une confiance*** *et… ça euh… ça vient petit à petit aussi hein.*	R	établir une confiance
344	*Euh compétent euh… disons que pour moi, c'est quelqu'un qui sait* ***se faire accepte*** *r euh… des patients, en général. [,,,] On a quand même des formations régulières. Euh… qui sache euh… également euh…* ***repérer euh… euh voilà, les changements*** *euh… de l'état euh…de l'état euh… clinique d'une personne. Euh… ça aussi c'est important.*	O	As et se faire accepter du patient repérer les signes
393	*voilà, c'est pas évident* ***parce que on fait de la préventio*** *n, on a besoin d'utiliser euh… voilà des produits euh… pour euh… permettre euh… d'effleurer avec délicatesse la personne sans la blesser et euh… à main nues, comme ça à sec, c'est pas toujours euh…*	PS	rôle de prévention
218	Nous avons aussi euh… également, bah tout, *tout c'qui est surveillance des, des urines et des selles hein.*	O	As et surveillances
275	Oui, ouai tout à fait. Ouai, moi je fais le parallèle là-dessus hein. Parce que il y a… y'a *le respect de la personne euh* … (réflexion)… y'a aussi euh… le fait que quand la personne dit « non » bah c'est un refus euh, faut pas non plus euh… passer, passer son temps à insister. (rires)	BR	respect de la personne

Identité Ressentie : IA

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EM*SP			
15	***Donc c'est très, très enrichissan*** *t.*	EP	enrichissement personnel
45	*ils m'apprennent plein de choses sur la vie* ***et c'est enrichissant.***	EP	enrichissement personnel
126	*Beh ouais,* ***une satisfaction de se dire*** *« Bah voilà, on a mis ça en place et ça fait toujours plaisir de voir quelqu'un qui a retrouvé un peu d'autonomie. »* [,,,] Donc ***c'est une satisfaction,*** *ouais* , de dire « Bah j'ai contribué à ça. » C'est bien.	S	satisfaction personnelle
164	*Après,* ***on est très content*** *quand leur état de santé va mieux et qu'ils font des petites choses, mais…*	S	satisfaction du travail
203	*C'est ça. Je pense qu'elles ont leur place aussi, on est humaine hein. On est pas des robots.* ***Y a des fois, y a des situations qui nous touchent plus que d'autres*** . Même en ayant la juste distance, ça nous affecte un peu plus.[,,,] ***C'est compliqué aussi de tout recevoir et pis de faire, des fois, la part des choses. Y a des jours, on est un peu moins bien et pis…***	EM	émotion de l'AS
262	***Bah que c'est un beau métier*** . [Rire]	B	beau métier
264	***C'est un très riche métier*** , ouais.	B	richesse du métier
EC*SP			
27	Donc ouias ***ils m'ont réappris à aimer mon métier .***	B	domicile différent de la structure
60	***quand une personne se trouve belle dans la glace, c'est génial.*** *On a tout gagné* , ***quand on arrive à avoir un sourire d'une personne bah qui, par exemple a perdu tous ses cheveux suite à une chimiothérapie et que, on les retrouve avec le sourire parceque on les a maquillé, qu'on a mis un foulard et que, c'est génial, c'est euh on a tous gagné*** . *Voila, voila, on a tout gagné quoi.*	S	satisfaction personnelle lorsqu'elle arrive à satisfaire le patient Prendre soin de l'autre prise en soin psychique et physique
66	***Voilà, on fait partie de la famille à domicile*** . *Hum*	F	As fait partie de la famille
68	*Donc on est un petit peu,* ***un petit peu des membres de la famille*** *où euh* . [,,,] On peut avoir un sms pour notre anniversaire. C'est euh, *c'est un petit quelque chose mais on se dit bon ben voilà on compte pour eux et* ***ce ne sont pas que des simples patients*** . Hum.	F	As fait partie de la famille Investissement affectif de chaque côté
78	Donc euh mais c'est pas euh, ***pas que des simples patients*** **maison voilà** ***on est on est plus ou moins attaché à eux selon.*** Ouais. *ça nous fait toujours quelque chose quand quelqu'un part quoi. Hum. Chose que jamais je ne serais aller à une sépulture d'un patient euh à l'hôpital. A domicile soit on fait des visites au funé ou alors on va aux sépultures. Enfin. On va jusqu'au bout en fait. hum*	EM	Investissement affectif fort **Aller aux sepultures**
95	Ouais, ***après la mort*** , ouais. Y'a des patients, fin des aidants[,,,]. *Ils sont contents qu'on repasse après leur rendre visite, Quoi. Que le soin s'arrête pas net.* ***C'est toujours une petite pensée pour eux.*** *Hum.*	EM	investissemnt affectif après le décès du patient auprès de l'aidant
103	***C'est un métier, qu'est ce que je dirai, très enrichissant*** . Où on rencontre différents publics, de différents milieux sociaux. Euh enfin voilà, différents milieux social.	EP	enrichissement personnel
106	C'est vraiment enfin voila ***c'est un métier très très complexe mais tellement enrichissant***	EP	métier complexe et enrichissant
EA*SP			
23	*à domicile* , bon, *c'est vrai qu'c'est à nous d'nous habituer, euh ! à leurs habitudes* mais pour moi ***c'est très enrichissan*** **t** ,donc j'espère que j'y finirais ma carrière .	EP	aimer son autre et respect enrichissement personnel
EG*S			
4	*Donc moi euh c'est vrai qu'le domicile me plaît beaucoup parce qu'y'a le contact proche avec le patient* .	F	La relation est proche au domicile selon elle ce qui renforce sa motivation
15	…tout en travaillant en équipe. Et pis euh, proche de la personne et de la famille.***domicile, j'trouve qu'on tient, on tisse un lien avec la famille*** *aussi hein* parc'que heu bah ils sont voilà ils veulent garder leur(s) parent(s) ou leur conjoint à domicile	F	La relation est proche au domicile selon elle ce qui renforce sa motivation
53	***Bah moi j'trouve que la relation elle est plus proche à domicile*** *qu'à l'hôpital, moi personnellement* . ***Moi j'adore cette relation.***	F	**La relation est plus proche au domcile selon elle , ce qui renforce sa motivation**
71	Mais moi j'aime bien ce côté-là parce voilà si euh, si ils ont vu du monde ils nous racontent leurs p'tits enfants… ***Y'a ce p'tit côté relationnel qu'est sympa j'trouve.***	F	la relation avec les familles et le patient, une motivation pour l'as
517	alors voilà attention on reste professionnelle, ***mais malgré tout, à domicile on fait un peu partie d'leur famille*** .	F	As fait partie de la famille

Suite IA

538	Faut voir aussi que à domicile, les gens, quand y'a la coupure, ***quand y'a un décès, même nous ça fait drôle…***	EM	investissemnt affectif fort
565	Après j'sais pas comment vous dire ce lien…[,,,] Mais y'a des fois c'est plus fort que nous en fait ! ***Bah moi personnellement c'est plus fort que moi ! On…. Le côté pas affectif mais euh… il prend un peu le dessus.***	EM	investissemnt fort et distance professionnelle
	EH*SP		
100	Bah je trouve que c'est quand même un métier, en fait moi, où ***je suis fier d'exercer qu'on apporte on apporte quand même beaucoup de choses aux gens*** . [,,,] Heu (…), Moi je trouve qu'***c'est un beau métier*** . (Rire), voilà comment je le perçois.	B	fierté d'exercer un beau métier
113	***On a aussi une reconnaissance, on a des gens qui sont très reconnaissants envers nous, enfin, c'est gratifiant, voilà.***	G	reconnaissance des personnes renforçant l'investissement affectif
116	Ouai (…), ***c'est gratifiant*** . On se dit bon ben voilà c'est vrai que l'on fait quand même ***un beau métier*** . ***On leur apporte un peu de soi et voilà.***	G	**apporter d'elle** reconnaissance des personnes
	EV*SP		
16	*Euh, et puis ya* ***une certaine reconnaissance*** *par rapport au fait, c'est un grâce à notre métier et à d'autres métiers* ***qui peuvent rester chez eux*** *. Donc du coup on n'a pas du tout le même comportement des gens.*	G	une nouvelle organisation qui engendre une nouvelle relation dans le soin
27	*Mais au moins, quand j'ai fini ma matinée,* ***je suis contente de ce que j'ai fait. et je suis en accord avec ce que je suis et ce que je veux faire,***	S	**sa motivation être contente des soins prodigués afin d'être en accord avec elle**
45	*Et donc, enfin, moi je trouve que* ***le fait qu'on puisse être aussi proche des gens c'est euh, valorisant pour nous et pour eux*** *. On n'ampute pas ce qu'on est vraiment.*	F	**la proximité avec la personne est motivante, lien avec son projet personnel**
54	*J' veux dire,* ***les gens sont contents de ce que j'ai pu apporter donc moi ça me fait du bien*** *. En fait, je me nourris de ça un peu.*	EM	Investissement affectif au regard de ce qu'elle est et ce dont elle a besoin au quo
72	***Quand on arrive à trouver une solution et bien on est contents aussi*** *parce que du coup ça leur facilite leur quotidien.*	S	la satisfaction du patient se répercute sur l'affect du soignant
76	*Et vous savez que un petit peu grâce à vous, elle va peut-être passer une bonne journée.*	S	satisfaction de l'as
	EK*S		
9	*Le contact, ce contact là, pour moi, avec la personne âgée,* ***c'est très enrichissant.*** C'est très… ça apporte énormément en fait et ça apporte beaucoup de choses. ***Moi, ça m'apporte beaucoup en tout ca*** *s .*	EP	**sa motivation, se nourrir de l'autre, en particulier du sujet âgé**
	EL*S		
61	Euh après parce que ***j'aime ça et que j'apprécie vraiment mon travail euh tel que je le fais .***	EP	satisfaction personnelle au regard des actes effectués
128	Pour moi ***c'est un beau métier parce qu'euh voilà on est beaucoup dans l'affectif*** *aussi malgré qu'on garde nos distances.* mais bon *on s'attache aux gens aussi .*	EM	un lien affectif fort et une distance professionnelle à maintenir
	EB*S		
271	Avec euh… voilà des discussions intéressantes. Donc euh..c'est… ***c'est enrichissant hein parce que les gens ils partagent beaucoup avec nous*** *h* ein.	EP	enrichissant
332	Donc euh… moi c'est… après *j'ai connu des gens à domicile euh… qui vraiment euh… sont très très…étaient très attachants euh… mes premiers patients. Et* ***c'est vrai que euh…c'est, je crois que c'est un peu grâce à ça : la façon dont euh…ça s'est passé avec les patients euh… et avec l'équipe euh…, que je suis restée.***	F	**investissement dans son métier grâce à l'équipe et au patient**
364	*…ou la famille, également hein. Voilà euh… donc euh… c'est pas toujours rassurant de laisser un patient derrière. Y'a des jours on s'demande ce qui va se passer.*	F	inquiétude vis-à-vis du patient
378	*Et ça euh… voilà faut l'accepter. Et c'est pas toujours facile. (rires)*	F	accpeter qu'on ne peut pas toujours aider

Héritage sociale : IS

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EM*SP		
222	*Oui, voilà, c'était une caricature, alors que quand on travaille en tant qu'aide-soignante, non, c'est pas si évident de règles, de suivi, d'ordre de toilette quoi.*	RS	identitée héritée du métier AS
232	*Mais je trouvais qu'aide-soignante, c'était vraiment être dans* ***la relation et, en même temps, dans le soin*** *. Donc ça complétait un peu mes deux attentes, ce que je voulais faire quoi.*	RS	faire ce métier pour la relation et le soin
206	L'expérience aussi fait qu'on la voit différemment, *on accompagne aussi différemment .*	RS	expérience impacte la vision
	EC*SP		
101	Le métier d'aide- soignante euh. ***J e dirais que c'est une vocation.***	V	**une vocation**
188	*, sur le fait d'être euh dans la maltraitance institutionnelle. Ces choses qui sont très difficiles à vivre un peu en tant que soignant. Ce dire que si on reste dans la structure, qu'on voit tout ce qui se passe, c'est que ben,* ***si on n'est pas d'accord, on doit partir. C'est pas évident de prendre cette décision là. de ne pas rester à un endroit…***	AC	en accord avec ses principes
216	***Donc après je pense que c'est à nous en tant que personne de, de, savoir dans quel milieu on veut travailler et ce qu'on est prêt à supporter. Et les formations de cadres, on n'est plus dans le management et dans là..***	AC	en accord avec ses principes
	EA*SP		
155	***Bon, du moment qu'j'ai la relation avec la personne et qu'j'lui fait des soins d'nurcing, qu'elle est contente,*** *qu' elle est levée, qu'elle est propre ,qu'elle est couchée l'soir . Pour moi, c'est l'principal.*	RS	fait son métier pour la relation
	EG*S		
565	***Moi j'… moi j'avoue qu'j'adore ce côté humain. Faut pas m'l'enlever hein*** *. J'suis p't-être trop gentille mais si on m'l'enlève bah j'suis, je suis… ça sert à rien qu'je sois aide-soignante à domicile.*	RS	fait son métier pour la relation
	EH*SP		
206	*voilà, le vécu, notre vécu,* ***notre propre vécu à nous. Et puis aussi voilà. Notre éducation***	VE	identité héritée
223	***Faut rester soi même on est tous différent.*** *On à tous eue, enfin, les filles dans l'équipe on a toute des vécus, des histoires différentes. Chacun reste soit même. Après on peu pas plaire à tout le monde.*	VE	rester soi même
208	*H°: Bah, heu (…). Enfin, moi j'avais une maman qui était auxiliaire puéricultrice, donc du coup, je pense que j'ai un petit peu baigné, un petit peu dedans depuis toute petite. (,,,]. Dans la santé, voilà donc, elle me racontait pas tout, mais bon le fait qu'elle soit auxiliaire, qu'elle travaillait avec des gens de l'hôpital. En fait ce milieu là en fait, je le côtoyais déjà. Et puis c'est pas un milieu qui me, c'est un milieu qui m'a toujours plus. Plus que par exemple la couture vous voyez. (Incompréhensible) (rire)…* ***Donc voilà, je pense que déjà quand on a eu une éducation, où on a eu on a eu autour de nous, en fait, notre entourage, il nous inculque sans forcément le vouloir, ou des choses qui peuvent nous servir pour plus tard et qui peuvent, du coup, faire découvrir des métiers.***	VE	identité héritée
	EV*SP		
14	***Que ça correspondait vraiment à ce que moi je voulais apporter aux gens.***	VE	Concilier les apprentissages de l'ifas avec la réalité
26	***et ça je pense que c'est important au jour d'aujourd'hui de, dans le métier qu'on veut exercer, de pouvoir vraiment se retrouver parce qu'il y a tellement d'autres problèmes autour que c'est pas la peine d'en chercher ici aussi.***	VE	En accord avec ce qu'elle est
52	Enfin, je pense que ***c'est lié à mon vécu mais j'ai besoin de prendre soin des autres*** *pour aller bien en fait.*	VE	Identitée héritée
60	***Tant que je peux apporter des choses aux gens je suis contente quoi.***	VE	Prendre soin des autres pour se sentir bien

IS suite :

EK*S			
8	***J' me suis beaucoup occupée, moi, de ma grand-mère, en fait et j' pense que c'est ça qui m'a donné cette vocation, de vouloir devenir aide-soignante parce que pour moi c'est une vocation ce métier là.***	V	As une vocation un projet en lien avec son histoire personnelle
10	*. C'est.. J* ***'dis vraiment mon ressenti. J'avais vraiment l'impression que vous n'êtes pas très tendres et je m'retrouvais plus du tout dans ce que je faisais. Je me disais « c'est pas ça. C'est pas ça mon métier. L' métier qu' j'ai choisi, c'est pas ça ».***	AC	mise en valeur de ses principes
61	Pour moi, ***c'est un métier de vocation parce que j' pense que tout l'monde pourrait pas***	V	Un métier vocation
63	*Pour moi, c'est un* ***métier d'vocation*** *comme les métiers d'infirmière.*	V	un métier vocation
EL*S			
30	*J'étais, j'ai fait 1 an d'auxilliaire de vie et je me suis rendu compte que c'était ça que je voulais faire. Etre auprès des personnes.*	RS	choix du métier au regard de la personne, service à la personne
140	***Voilà je voulais vraiment rester aussi dans le soin*** *. [,,,] Donc euh voilà j'avais déjà un pied dedans et je, cherchais quelque chose.* ***Auprès de la personne q*** *uoi.*	RS	projet pour soi: rester dans le soin+ service à la personne
189	***Même si on a beau dire que le personnel doit rester à côté et par intervertir dans notre métier euh. Voilà. je pense que toujours un petit peu. ça nous fait évoluer ça ne nous fait avancer.*** *Donc moi j'estime que ça nous fait aussi avancé dans notre vie professionnelle aussi.*	VE	la vie personnelle , impacte la vie prof
EB*S			
273	Bah maintenant, moi euh… ***moi qui étais dans la vente avant euh*** … c'est vrai que euh… c'est pas tout à fait le même rapport mais ***au niveau communication ça y ressemble beaucoup quand même.***	VE	identité hérité (parllèle vente et métier AS)

Nouvelle assignation culturelle : ICU

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EV*SP			
440	Ah oui (rire). Euh, ben je, enfin moi je pense qu'à domicile euh, de plus en plus, ***de toute façon le domicile va se développer parce que de plus en plus, les gens vont vouloir rester chez eux. [,,,] On prend vraiment la personne en charge dans sa globalité. C'est-à-dire que ben, dans sa vie , dans ses soins, tout quoi. Je pense que notre métier au niveau du domicile va évoluer comme ça.***	NCG	le domicile va se développer car écoute de + en + de la personne soignée un méteir As qui évoluera sur pec globale: action de prévention
451	Et donc c'est pour ça que notre métier***, je pense, qu'il va évoluer dans ce sens là. Pour une prise en charge de plus globale.***	NCG	un métier qui va évoluer sur pec globale patient
455	Après, enfin ***on voit bien que notre métier évolue dans le sens où on est de plus en plus spécialisés ASG de manière à pouvoir faire euh. Parce qu'on appelle l'ESA à côté.***	NCG	évolution du métier acr évolution des pec

ICU suite :

EL*S			
9	Et du coup oui, 11 ans, en effet ça a évolué. Euh hum huh, ***je trouve que nos tâches se diversifie quand même de plus en plus*** .	D	**diversification des tâches identité qui évoluent**
84	Ma vision euh. **je pense que c'est *un métier qui va évoluer dans l'avenir* .** Parce ce que, les médecins sont débordés, les infirmières sont débordés. ***Et je pense que bah on nous demandera de faire un petit peu plus de choses par rapport à certaines tâches.***	D	**un métier qui va évoluer via la divesrification de tâches identité visée**
91	Euh, ben, alors pour nous, ***ce ne sera plus je pense, tout ce qui est pansements.*** Euh pansements. Ben je sais que dans la loi, on n'a toujours pas le droit de mettre, vous voyez les bandes de contention.	D	un métier qui va évoluer via la réfection des pansements identité visée
282	Je pense oui. Pour moi je pense. Après euh. Après comment je ne sais pas. ***Mais je pense qu'il y aura certainement des glissements de tâches euh dans l'avenir un*** .	D	**évolution identitaire avec le glissement de tâches**
EM*SP			
253	***Donc ouais, il évolue petit à petit vers d'autres activités.***	D	diversification des tâches à domicile

Intention de collaborer pour le patient : INT

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EN*SP		
129	***Travailler en collaboration, c'est travailler avec d'autres services. Donc d'autres services, souvent, c'est demander soit par la famille, soit par notre responsable, pis nous certainement, qui ont besoin d'autres personnes pour certaines situations et c'est…***	INT	autonomie pratique rencontre de l'autre professionnel, service
10	*Maintenant, on en vraiment des partenaires, les uns vers les autres, et tout ceux qui interviennent à domicile, voilà.* ***On est, on est partenaire pour aider la personne sur les besoins qu'elle a à domicile.***	INT	partanariat pour aider la personne
122	***Des situations où la personne ne peut pas faire ses soins seulement avec une...***	INT	situation complexe et collabo
	EM*SP		
120	*Beh là, dans le coup, on a un monsieur donc qui ne peut pas manger tout seul parce que nos couverts à nous ne sont pas, lui conviennent pas en fait, donc là* ***on va se mettre en relation avec [???] qui gère tout le matériel médical, tout ça, qui fait aussi des couverts adaptés, pour voir en fait ce qui peut être mis en œuvre pour qu'ils mangent tout seul*** .	INT	collaborer pour aider le patient
	*EC*SP*		
276	Et puis les assistantes sociales aussi. ***On peut faire appel, vraiment à tout le monde. Dès qu'une situation devient beaucoup plus compliqué : soit pour demander plus d aide. du coup, si c'est plus d'aide, avec le passage en plus d'une, d'une autre, les auxiliaires de vie*** .	INT	Intention de collaborer au regard d'une situation
256	***Enfin du moment où les situations euh, ça commence à être un peu plus complexe, vivre tout seul à domicile, euh, c'est pas possible, quoi ! Faut vraiment que on soit vraiment une équipe avec différents collaborateurs pour que, le maintien à domicile puisse être possible.*** **Hum.**	INT	Intention de collaborer au regard d'une situation
283	*Quand elle peu plus, quand elle voit que c'est plus possible. Du coup, il faut aller taper plus haut parce que. On va pas laisser des situation s'aggraver. Bon on voit quand même des situations qui sont vraiment plus que difficile, donc faut vraiment parfois tirer la sonnette*	INT	Collaboration équipe idec puis quand la situation devient trop complexe, collaboration interprof
326	*En structure, euh, on voit bien. On a une collaboration euh avec l'équipe médicale, les cadres et les médecins, les infirmiers. Mais il n'y a pas forcément de collaboration des familles. On n'a pas forcément une collaboration avec les tuteurs. [,,,] On ne s'est pas forcément qu'ils existent même s'ils doivent exister. Mais c'est pas des personnes avec qui on travaille au quotidien.* ***T andis qu'à domicile, ils font partie de notre quotidien. Même si on les connaît pas personnellement. On sait qu'ils sont là et que euh, et que et, qui font partie intégrante de la vie de nos patients. Hum.***	INT	manque de collaboration pluridisciplinaire en EHPAD. Contrairement à domicile ou l'intention est toujours présente
355	***Ou quand on a des situations plus compliquées c'est elle qui va dire, ben je vais prévenir le réseau donc c'est différents noms de personnes qu'elle interpelle*** .	INT	intention de collaborer au regard des situations

INT suite :

	EA*SP		
165	***C'est collaborer. C'est pour le bien-être d'la personne.*** .	INT	avoir un but commun : le bien etre du patient
105	***Ben ! Sur l'coup, les auxiliaires de vie, ben voila, ça nous permet de travailler en binôme parc'que y'a des gens, ben, qui malheureus'ment. Nous seule, on est pas non plus des super-womans, Y'a des chose qu'on peut pas faire seule.***	INT	intention de collaborer au regard de la situation AS/AUX
	EG*S		
14	*j'trouve qu'on tient, on tisse un lien avec la famille aussi hein parc'que heu bah* ***ils sont voilà ils veulent garder leur(s) parent(s) ou leur conjoint à domicile donc euh c'est une collaboration avec la famille aussi malgré tout.***	INT	une collaboration avec la famille pour le maintien à domicile
321	*Oui et pis euh c'est pour ça, c'est comme ça qu'on en parle le mardi c'que* ***ell'fait une liste de patients qu'ell'voit qu'a posé souci ou pas. Et pis après on discute de c'qui va, c'qui va pas et euh est-c'que faut vraiment qu'on appelle voilà telle personne telle personne quoi, c'est ça.***	INT	situation patient et intention de collaborer
	EH*SP		
150	*Alors après oui, après on les côtoie pas forcément les autres professionnels. [,,,].* ***Mais on sait qu'il ya d'autres intervenants et que si on a besoin, voilà, on peut se référer à eux aussi.***	INT	peu de contact avec les autres professionnels collaboration centrée pour le patient
153	***Alors après c'est plus linfirmière en fait, qui se réfèra à eux et qui nous fera le retour. Nous on fait nos observations à l'infirmière.*** *Par exemple : ce monsieur, voilà, il marche très mal, peut être qu'il faudrait voir le kiné ou quelque chose comme ça. Alors du coup, voilà. C'est elle après qui va plus voir avec la famille et puis mettre ne route tout ça. Si, si y a besoin.*	INT	collaboration centrée pour le patient
	EV*SP		
231	Après euh, ***par rapport à certaines observations on peut travailler en collaboration avec eux, dans le sens où si on observe des choses.*** *On a une dame là, qui faisait un petit peu n'importe quoi avec son insuline.*	INT	intention de collaborer pour le patient
	EK*S		
118	***Oui c'est, de toute façon, s'il n'y avait pas toutes ces collaborations autour de la personne, elle pourrait pas rester chez elle, ça serait impossible***	INT	collaborer pour le maintien à domicile
74	***On est en binôme aussi de temps en temps avec les auxiliaires de vie sur certaines interventions, sur des patients qui sont dépendants et il faut être à deux.*** *Donc, on intervient en binôme avec elles. Mais après, après oui , il y'a plein de…* ***Y'a les ergothérapeutes aussi qui interviennent quand on a des difficultés dans. ..Quand on voit qu'il y a des difficultés chez certaines personnes dans l'agencement de la maison, dans …Ne serait-ce que dans les salles de bain parce que c'est importan*** *t. A*	INT	intention de collaborer pour le patient
106	*Après,* ***s'il y a une pathologie aussi, ils ont besoin d' kiné, ben, naturellement, que les kinés vont intervenir.***	INT	intention de collaborer pour le patient
128	*mais à part tout ça tout est déjà mis en place dans la structure.* ***Que là, il faut, naturellement ,qu'il faut faire venir des gens extérieurs, des intervenants extérieurs chez les personnes pour qu'elles puissent garder leur autonomie chez elle quoi.***	INT	intention de collaborer selon les situations des personnes
	EL*S		
14	*. Et euh, bah, oui on est quand même de plus en plus en collaboration avec eux .* ***On fait de plus en plus appel surtout aux auxiliaires de vie pour une aide aux soins parce que cela devient de plus en plus difficiles aussi euh, pour certaines pathologies quoi.***	INT	intention de collaborer au regard de pathologie de plus en plus complexe
215	***Pour ma part donc collaborer. Moi c'est quand on collabore aux soins vraiment auprès de la personne euh. et puis par rapport à mon soin si j'ai besoin par exemple d'un pansement ou d'un avis médical bon ben voila j'ai besoin de l'infirmière quoi. Pour moi c'est ça plus la collaboration,***	INT	intention de collaborer pour le patiente et pour le soignant

Se corréler pour le patient : SCO

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EN*SP		
117	***Disons qu'à domicile, y a des kiné à domicile donc faut s'organiser avec les horaires*** ,	SCO	coordination
148	*Par exemple, [,,,] c'est l'infirmière libérale qui intervient, qui vient en même temps que mon service pour retirer cette perfusion, pour que moi je puisse faire mon soin de la personne, par exemple.*	SCO	coordination du travail
121	*On se retrouve à travailler ensemble. [,,,] C'est vrai que c'est l'intérêt, qui est très très appréciable par moment.* ***Donc ben, c'est organisé pour qu'on soit deux à travailler dans certaines situations.***	SCO	travail en collaboration apprécié/ ressource
154	***Donc la toilette, nous, si on [???] on va donner une douche à quelqu'un, l'infirmière passera après nous pour, euh, faire les pansements, euh, à la personne.***	SCO	coordination des soins au regard du patient
156	*Donc c'est du travail en coordination quoi, tel jour on donne une douche pour que l'infirmière puisse passer après finir ses soins.*	SCO	coordination des soins au regard du patient

SCO suite :

EM*SP			
112	*Alors, nous, dans le coin où je suis nous, un peu même quand.* ***Parce que ça passe beaucoup par notre infirmière.***	SCO	idec pivot pour coordoner les acteurs
114	Mais voilà, ***s'il y a quelque chose que nous on remarque, on les fait remonter et elle se met en collaboration avec le médecin, le kiné, l'ergothérapeute*** , tous les… Et ce qui est bien, c'est que, pour l'instant, tout le monde répond présent quoi.	SCO	idec pivot pour coordoner les acteurs
EC*SP			
266	***Donc l'infirmière coordinatrice quand on voit que les situations sont trop compliqués, ben on fait appel, euh, on fait appel au réseau.***	SCO	Coordination entre les acteurs effectuées par IDEc
276	*. Donc ouais* ***c'est vrai que l'infirmière co, a quand même un rôle très important dans ses démarches en fait. C'est vraiment elle qui, qui sait qui appeler.*** *Comment, comment faire évoluer les situations pour que, pour que ce soit plus facile pour tout le monde en fait.*	SCO	Coordination entre les acteurs effectuées par IDEC
354	***c'est elle qui va dire, ben je vais prévenir le réseau donc c'est différents noms de personnes qu'elle interpelle.***	SCO	idec rôle clé dans la cohésion et intercation++
EG*S			
305	Bah après nous on collabore pas trop hein ? J'dirai qu'nous les aides-soignantes on est plus seules. ***Après c'est plus l'infirmière qui collabore voilà euh… avec les infirmières à domicile euh…Et dès qu'elle a besoin elle appelle le médecin, que nous pas trop quand même.***	SCO	peu de collaboration interprofessionnelle
360	C'est ça. ***Ou alors nous on lui laisse un mot au pire. Maint'nant on écrit pis après c'est l'infirmière coordinatrice qui gère.***	SCO	coordination avec idec
10	***Euh… si ça évolue mal bon on l'dit à notre infirmière et elle, elle fait appel à l'infirmière à domicile.***	SCO	coordination et passaage Info
EH*SP			
168	***Nous on apporte nos connaissances, nos observations. Ce qu'on a pu observer et puis après voilà, mettre en commun***	SCO	l'AS observe, échange avec les autres professsionnels
154	***Alors après c'est plus infirmières en fait, qui se réfèra à eux et qui nous fera le retour. Nous on fait nos observations à l'infirmière.*** *Par exemple : ce monsieur, voilà, il marche très mal, peut être qu'il faudrait voir le kiné ou quelque chose comme ça. Alors du coup, voilà. C'est elle après qui va plus voir avec la famille et puis mettre ne route tout ça. Si, si y a besoin.*	SCO	rôle idec important sur le plan de la coordination des acteurs
EV*SP			
205	*Après on sait comment ça marche, donc bah, c'est pas grave. On suit la ligne. Et puis, nous on s'arrange pour que ça fonctionne pour que tout le monde y trouve son compte.*	SCO	s'adapter pour mieux se corréler pour le aptient
254	***Nous en fait, on est euh, les yeux sur le terrain. On remet à [nom idec]ce qu'on voit. Et [nom idec] en fonction des informations qu'on lui donne, elle va dispatcher au niveau du personnel concerné.***	SCO	IDEC et rpole clé dans la coordination des acteurs
EK*S			
105	Oui, ***on peut pas tout faire donc naturellement, y'a d'autres professionnels qui vont prendre le relais .***	SCO	la collaboration avec d'autres prof , une nécessité, chacun son rôle
82	Nous , on les rencontre pas. ***C'est plutôt l'infirmière qui va rencontrer, qui va mettre un lien quand y'a besoin. C'est elle qui met, qui mettra en place. En fait, nous, on peut dire, voilà. Après on remonte ça et c'est l'infirmière, après, qui fait intervenir le professionnel de santé***	SCO	le rôle de l'idec pour interagir avec les autres professionnels le rôle de l'as dans l'observation et la transmission d'info
87	Oui, c'est ça. L'infirmière coordinatrice. Nous , ***on remonte l'info,*** voilà, chez cette personne il faudrait peut-être ça, un nouveau fauteuil, dans la salle de bains, peut-être, une douche à l'italienne, voir ce qu'on peut faire. ***Mais, c'est l'infirmière , après, qui prend contact avec les personnes.*** Même si y a besoin d'un soin plus important, je ne sais pas, au niveau d'une plaie , au niveau…. Elle va intervenir auprès des infirmières pour qu'elles interviennent	SCO	le rôle de l'idec pour interagir avec les autres professionnels le rôle de l'as dans l'observation et la transmission d'info
109	Voilà. L'orthophoniste aussi, s'il y a besoin d'orthophoniste , ils vont intervenir aussi. ***Mais voilà. Mais là, je pense qu'à domicile, il est obligé que de tout ce monde là se mettent en place pour qu'il y ait. Justement, pour que la personne puisse rester un maximum de temps chez elle. Il faut toute cette organisation autour d'elle pour qu'elle arrive à rester le plus longtemps chez elle, en fait.***	SCO	collaborer pour maintenir au domicile
EL*S			
261	Bah moi je trouve que *c'est important on n'a pas tous le même avis. Et puis on connaît pas tous la personne de la même manière. Donc euh. ça permet soit d'apprendre des choses ou de faire apprendre des choses euh, à d'autres personnes. Donc voilà. Et puis bon ça reste un pour le soin ça reste quand même important d'échanger avec d'autres corps de métiers.*	SCO	importance d'échanger pour se corréler et pour apprendre sur le patient
EB*S			
164	Donc euh… voilà. Donc euh… (réflexion) c'est, ça arrive hein. Et c'est déjà arrivé dans l'passé où c'est euh…. Ouai, voilà, ***nous avons des horraires communs pour aider la personne euh, le patient euh… surtout à la mobilisation.***	SCO	coordination
214	***des plaies type escarre, là, par contre, y'a souvent, on peu prendre éventuellement une photo de la plaie pour euh… donc euh… demander conseil à la coordinatrice euh… avant éventuellement d'intervenir de, ou de changer de protocole, de pansement. Euh… maintenant, souvent y'a le médecin qui va passer…*** voilà y'a, il va, on va faire appel au médecin quand même hein euh…évidemment hein. Si c'est plus grave qu'une simple petite plaie, qu'une simple petite coupure euh auquel cas, on… ça peut arriver hein, ça peut leur provoquer une	SCO	demander conseil, transmettre

Interactions pour le patient : ITR

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EN*SP		
165	*Ah ben,* ***c'est-à-dire qu'on apporte le mieux pour la personne.*** *[,,,] pour appréhender les besoins d'une personne,* ***chacun avec sa spécificité quoi.Travailler en humanitude, c'était ça. C'est être à deux, une qui s'occupe de la tête et une qui s'occupe du soin*** *. Et dans certaines maladies d'Alzheimer et tout ça, c* ***'est bien plus facile à prendre en charge une personne*** *, de focaliser son regard, de la regarder, de, de, d'échanger avec elle, les yeux dans les yeux, pendant que l'autre fait le soin.*	ITR	un travail en binome pour le patient facilitant la prise en charge, mieux pour le patient
	EC*SP		
320	**Euh,** ***ça implique une collaboration avec une équipe soignante, collab, une collaboration avec souvent une équipe d'auxiliaire de vie. une collaboration avec des infirmiers libéraux avec des médecins et puis après du coup plus haut avec euh, les assistants sociaux avec quand il y en a les curateurs ou les tuteurs qui sont là aussi, si a besoin donc c'est vraiment tout un ensemble et c'est grâce à tout cet ensemble que les personnes peuvent rester à domicile en fait.***	ITR	interaction avec plusieurs acteurs pour le patient
297	***Il y a toute une équipe derrière nous et euh, et quoi qu'il arrive enfin. On fera tout pour euh, améliorer ou pour faire en sorte que la personne soit bien en fait. Ou que nous mêmes soit bien. Mais euh. Hum. On n'est jamais seul.***	ITR	travailler avec d'autres professionnels pour se coreller au regard de la prise en charge
308	*Equipe. C'est différents collaborateurs c'est. C'est un ensemble en fait. C'est un tout, sans ce tout, bah, il n'y n'aurait pas de maintien à domicile. Hum*	ITR	travailler avec d'autres c'est une nécessité pour le maintien à domicile
	EH*SP		
181	Je sais pas, ***plus y a de professionnels et plus la personne est entourée et mieux c'est, je pense heu*** . hmm, (…)	ITR	interagir pour la personne
183	***Plus il ya de personnes qui s'impliquent, qui essaie de (…) de te présenter un bon soin. Mieux c'est. Disons qu'il faut lui donner toute c'est chance. Donc heu, si on collabore tous ensemble c'est mieux.***	ITR	interagir pour la personne
	EV*SP		
227	**Donc** ***pour éviter les manipulations euh, on attend que l'infirmière soit là parce qu'elle a des choses à faire euh. Quant la dame est déshabillée. donc pour éviter de rhabiller la dame, re déshabiller la dame. On attend l'infirmière. Où elle nous attend. Enfin, on essaye d'être la en même temps en fait. Et euh, donc du coup là on travaille en binôme.***	ITR	travail en binome pour le patient
442	***De manière à ce qu'on puisse vraiment euh, garder les gens chez eux mais eux dans leur globalité. D'ailleurs, par euh, enfin le quotidien. Nous on travaille aussi beaucoup en collaboration avec les AVS parce que c'est elles qui sont à la charge pour les repas, le ménage et tout ça*** .	ITR	un travail en collaboration avec le service à la personne
	EB*S		
18	***Euh… il arrive aussi que nous avons euh que nous ayons des, des… (réflexion) des patients euh… en commun également euh… avec d'autres services euh… que l'ADMR : ça peut-être aussi le CCAS [ville] euh… pour le service d'aide à domicile ou alors les, les libéraux. Alors euh… maintenant nous pouvons intervenir euh ensemble euh chez euh l'… un, un patient commun.***	ITR	interaction ensemble pour le patient

Partage de savoirs disciplinaires : SD

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EN*SP		
136	***Si tu veux, quand on voit du personnel extérieur, quand il découvre les situations, il voit d'autres angles, il voit d'autres choses que nous on voit pas toujours. Il nous apporte des choses, euh, ils ont des façons de faire que nous, des fois, on voit pas quoi.***	SD	échanger avec les autres pour voir autrement la situation
	EM*SP		
135	***Des conseils, et voilà. C'est très important de se remettre en question aussi.***	SD	conseils et remise en questions
222	*Oui. Après,* ***ça n'empêche pas qu'elles sont complémentaires et que parfois on a des binômes avec elles, hein. C'est très enrichissant aussi*** *.* ***Elles voient aussi la personne, quand elles viennent faire le ménage, elles sont pas dans le soin aussi, donc la personne peut leur confier des choses, etc, donc c'est important aussi. Des fois, elles nous disent*** *« Bah non, là il avait mal au dos ce tantôt. » Bah oui, ça il nous l'a pas dit, mais il lui a dit à elle. Donc c'est important aussi, euh… Elles sont importantes aussi.*	SD	binome as aux complémentaire
224	*C'est ça. Et inversement, « Bah là, tu fera gaffe ce tantôt. Ce matin, il marchait pas très bien, bah ce tantôt, voilà, le surveiller. » Parce que, des fois, elles sont… Je veux dire, elles interviennent chez les gens, même avant nous des fois, rien que pour le ménage, ou pour les repas.*	SD	binome as aux complémentaire

SD suite :

EC*SP			
250	*Mais on prend toujours le temps de discuter, de savoir euh, comment, comment il va où… [,,,] On voit quelque chose qui nous convient pas. Beh, hop, on donne un coup de téléphone soit pour réajust. Par exemple si c'est un pansement qui est défait, on leur donne un coup de téléphone : « est ce que ? Quand est ce que vous allez passer ? Est ce qu'on met quelque chose ? » Voilà, c* ***'est vraiment un dialogue qui est très intéressant.*** *Donc euh voilà on côtoie les infirmiers libéraux. Euh, les kinés ça peut arriver mais pas plus que ça. On les voit surtout, ils arrivent après notre soin. Donc euh. mais* ***ça peut être aussi des médecins, donc euh, parfois, c'est bien parce que les médecins des fois, ils nous interrogent : « Ben , c'est vous qui connaissez mieux***	SD	travailler avec d'autres professionnels pour échanger les savoirs, transmettre l'information
345	***Soit par l'infirmière, soit par les patients qui nous en parle, un, clairement les tuteurs et curateurs*** *. Euh. De par des situations un peu plus compliqué ou du coup on s'est rendu compte que il y avait des, des curateurs des tuteurs. [,,,]* ***C'est comme ça qu'on apprend en fait en discutant*** *et euh. Hum.*	SD	importance d'échanger avec d'autres pro sur les situations pour apprendre
EA*SP			
100	*.* ***Après, de toute façon, on a toujours chez les gens, un classeur où y'a les transmissions. Si y'a besoin, on laisse un mot pour le kiné et éventuellement pour le médecin.***	SD	partage d'un même outil le classeur
170	***Après voilà, c'est aussi un échange parc'que des fois, 4 yeux valent mieux que 2. Donc elle, elle va voir des choses que nous on aura pas forcément vu. Donc voilà, c'est aussi un échange entre différentes personnes*** *. Et après les infirmières, c'est pareil. Elles connaissent encore plus que nous. Donc, des fois,* ***elles vont nous donner*** *, elle va leur demander conseil sur la façon d'être, ou montrer, admettons ben, tiens, la personne, elle a des sous cutanés. Qu'est c'qu'elle en pense. Voilà.* ***Demander des renseignements.***	SD	partage d'informations et de connaissances
EG*S			
372	***…En hospitalisation à domicile, et là y'a vraiment le classeur. Et là on s'oblige à l'faire parc'que y'a quand même voilà le…la…les médecins en HAD qui passent. Euh là on n'a vraiment pas l'choix parc'que là euh…eux y'a des fois ils passent à n'importe quel moment d'la journée.[,,,]*** *on a un papier qu'on peut noter dessus en fait.* ***On a une feuille en commun.***	SD	outils communs avec HAD, obligation de transmettre
277	***si on veut des infos on laisse un mot et pis euh, si elles passent, y'a des infirmières qui passent tous les jours chez les patients, elles nous donnent leurs avis.***	SD	même outil
148	***. Donc c'est ça qu'est bien c'est qu'on s'échange en disant « tient bah p't-êt'e qu'on peut faire ci, p't-êt'e qu'on peut faire ça » . Y'a un échange de savoirs en fait.***	SD	échange des informations est important pour le patient
EH*SP			
83	Alors oui écrite et orale ouais. **Donc écrite on le fait** ***par l'intermédiaire du téléphone*** **en fait** on a nos tournées qui sont planifiés dessus. ***Donc y a un logiciel exprès, du coup on peu noter les transmissions sur le téléphone comme ça chaque fille, on a toute un téléphone en fait***	SD	un outil commun pour communiquer entres AS
85	***Après on a aussi un cahier, chez chaque personne y a un cahier. Un p'tit classeur où voilà, on note en fait, on a une fiche enfin un plan de soin. On coche tout ce qu'on a fait chez la personne et si y aune transmission y a une case aussi ou on écrit ce qu'on a constaté*** *. Et après souvent, voilà, j* ***e sais que souvent quand j'ai pas mal de transmission je repasse au bureau le midi. Et là je vois l'infirmière et je lui fais mes transmissions orales et elle, elle note aussi voilà.***	SD	un outil commun chez le patient une communication orale
191	***Et donc, c'est vrai que de collaborer comme ça avec des ergots ou des kinés sur des techniques, bah ça nous permet, bah voilà, ça enrichi toujours nos connaissances à nou*** s.	SD	partage connaissances
177	*Bah ca peut être par le biais de l'infirmière qui nous fait la transmission dans l'autre sens.*	SD	idec fait le lien entre As et les autres intervenants
187	***Ah bah nous ça peut nous apporter, aussi, du coup, en tant qu'aide soignantes ça nous apporte aussi, bah des connaissances sur des choses qu'on n'aurait peut-être pas soupçonné, ou des aides à apporter. Voilà. C'est toujours bon à prendre les conseils des autres.***	SD	échanges de connaissances dans la collaboration
EV*SP			
227	Et bien avec les infirmières libérales euh. ***On transmet nous, le, les observations qu'on a.*** **Euh, en ce moment chez une dame, on travaille plus ou moins binôme parce qu'elle est en fin de vie**. Non parce qu'elle est en fin de vie.	SD	important de transmettre les info
276	***Par contre on a leur téléphone. Donc si on a un problème, on sait qui interpeller si y'a un souci chez un de nos patients.***	SD	transmission d'info
291	***Ben un échange déjà. [,,,] Nous pour prendre, une personne en soin, on a aussi quand même quelque part besoin de savoir ce que la patiente elle a et euh les besoins qu'elle a*** *. parce qu'il y'a des, des choses qu'il faut pas faire. Donc euh, si on n'est pas informé euh, ça peut être vite compliqué.*	SD	transmission d'info
234	***Après avec le kiné, nous on peut aussi constater euh, jvois souvent chez des gens qui sont souvent hémiplégique les progrès ou pas. Donc on transmet ce qu'on voit.*** Euh, les ergo, souvent euh, les familles, enfin ça fait parti d'un circuit et du coup, ***on peut nous euh, émettre les difficultés qu'on peut avoir et l'ergo peut mettre le matériel ou expliquer aux gens en face, comment faut faire*** *.*	SD	transmission d'info
161	Et chez chaque patient il y'a aussi un classeur avec euh, un diagramme de soins et euh, des feuilles de transmission	SD	le travail d'équipe est important outils communs pour communiquer
158	***. Donc on essaye de gérer les transmissions euh. Que ce soit sur le téléphone parcequ'on est euh, on a un téléphone avec notre tournée. On peut mettre nos transmissions et on a nos dossiers patients dedans.***	SD	le travail d'équipe est important outils communs pour communiquer
241	***Euh, donc, en fait, c'est ça la collaboration dans, avec tout le monde. on transmets ce qu'on voit, on transmet, beh ce qu'on sait aussi au départ du patient et eux, ils peuvent nous aider aussi quand on a certaines interrogations.***	SD	transmission d'info
176	*Parce que souvent ces gens en difficulté. il y'a aussi une infirmière qui passent dans la journée. Donc du coup elle va prévenir l'infirmière pour qu'elle aussi puisse constater et faire ce qu'il faut.*	SD	L'idec et la coordination dans les soins pour le patient
257	Enfin, le réseau, c'est les professionnels du coin euh. Et à partir de là, elle va savoir, ***en fonction de l'information qu'on va lui donner, elle va savoir qui interpeller ou pas.***	SD	idec et aides aux AS et idec et coordination

SD suite :

EL*S			
215	. ***C'est pour moi ça regarde plus mon, ma référente, enfin mon infirmière cadre qui pour elle. C'est plus elle qui va avoir besoin de ces informations-là par rapport à l'évolution de la maladie ou des choses comme ça. je me dis euh. Nous après la famille, nous fait toujours un compte rendu s'il s'est passé quelque chose avec le kiné ou l'orthophoniste.***	SD	partage d'informations
228	***C'est important pour le soin euh. Déjà d'une, de savoir si on est dans le même optique. Parce que c'est vrai que des fois ben nous on voit ça comme ça mais l'autre professionnel peut dire « bah non tu vois ça peut être ça » et c'est vrai que je trouve que bah l'échange du coup permet de euh, de voir différentes choses quoi.***	SD	importance de partager les savoirs
260	***Bah moi je trouve que c'est important on n'a pas tous le même avis. Et puis on connaît pas tous la personne de la même manière*** *. Donc euh. ça permet soit d'apprendre des choses ou de faire apprendre des choses euh, à d'autres personnes.*	SD	importanec d'échanger pour se corréler et pour apprendre sur le patient
264	***Parce qu'on s'occupe de personnes donc euh. on a besoin de savoir si pourquoi le ce jour-là il est pas bien et si on le sait pas si quelqu'un le sait, je trouve ça intéressant de le partager pour le faire savoir euh sans que tout le monde euh*** *. [,,,]J'dirai que la famille à aussi un rôle c'est vrai que j'englobais beaucoup les corps de métier mais bon il y'a la famille aussi qui joue un rôle très important dans la com.*	SD	importance des échanges avec les autres pro et la famille dans la pec
267	***C'est important d'avoir au moins quelqu'un avec qui communiquer pour le patient.***	SD	importance des échanges avec les autres pro et la famille dans la pec
EB*S			
226	*Et là, nous donc euh… p* ***our tous noter tout ce que nous avons réalisé en soin, et don, si besoin, rajouter des transmissions euh… dans le classeur du domicile, qui vont être aussi destinées pour les différents intervenants, voire la famille.***	SD	un même outil pour les autres pro: le classeur
176	…et en même temps euh…, ***voilà travailler en commun donc euh communiquer quand même.***	SD	s'organiser pour communiquer à trois, méthodologie d'intervention
178	Donc euh… là euh… c'est un trio. *Donc ça devient un trio et il faut…* ***voilà, on s'assure qu'il y'est personne d'oublié dans l'trio*** .	SD	s'organiser pour communiquer à trois, méthodologie d'intervention

Peu ou pas d'interaction : ITR-

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EN*SP			
150	***Enfin voilà, on va être ensemble, mais ça ça reste quand même du coup sur coup et de l'exception quoi***	ITR-	interactions rares
244	***Ce qui peut manquer. C'est pour ça que je dis que c'est bien de travailler avec d'autres services, c'est des fois des situations où tu veux pas être tout seul quoi.***	DM	Difficulté morale: travailler seule rencontre de situations complexe à gérer seule sans aide sur le moment
134	***Oui, voilà, en tant que personne, c'est agréable de se retrouver avec, euh, d'autres personnes, c'est sûr. Bah disons que c'est, c'est ça. C'est qu'à partir du moment où on est très souvent seul à travailler à domicile, bah le fait d'avoir quelqu'un d'autre avec nous, bah ça nous fait du bien quoi.***	DM	difficulté morale: travailler seule
EM*SP			
114	***Mais ouais, c'est vrai que nous on a pas beaucoup de relation avec, euh…*** .	ITR-	peu de relation avec les autres pro
146	***C'est vrai que, des fois, ce qui est compliqué, par rapport aux maisons de retraite, c'est qu'il y a… Je veux dire, on est tout seul.***	DM	difficulté morale: travailler seule
148	***Et, des fois, ça manque, on aimerait bien avoir, ben voilà, une infirmière à côté, ou même le kiné, voir ce que font les gens.***	DM	difficulté morale: travailler seule car méconnaissance actions des autres professionnels
150	***Leur notion à eux et notre « notion médicale » n'est pas la même. Donc, des fois, ça manque*** de dire « bah oui, je viendrais bien là pour voir ce que vous faites exactement avec le kiné, pour mettre des choses en place. » *Tandis que là, on voit pas assez.*	DM	difficulté moral: travailler seule car méconnaissance actions des autres professionnels
152	***C'est vrai que, des fois, c'est un peu ce qui manque au domicile, voir vraiment ce qu'ils font avec eux, pour mettre aussi derrière des actions en place.***	DM	difficulté moral: travailler seule car méconnaissance actions des autres professionnels
EG*S			
112	***…que à domicile j'trouve qu'comme on est toute seule avec elle, bah on va r'venir encore à cette relation quo*** i, qui va vraiment euh…bien quoi. Que quand y'a une aide à domicile, j'me suis fait la réflexion cette semaine, ***j'avais quelqu'un avec moi, bah on a tendance un peu à divaguer sur aut'es choses quoi, à parler d'autres choses quoi.*** En c'moment, bah naturellement on parle du vaccin et compagnie mais euh…J'trouve hein ? Qu'on a tendance un peu à mettre la…comme c'qui peut, c'qui peut s'passer en structure.	C-	délaisser la personne dans le travail en binome
396	***Comme nous c'est noté dans not'e téléphone et les AD notent aussi dans leur téléphone, parce que elles c'est pareil elles notent pus trop dans leur cahier, on a eu plus d'suivi donc ça c'était un peu embêtant. Donc là on remet des…des feuilles dans notre classeur. On r'met un peu des feuilles de suivi de…on r'commence à… à réintégrer des feuilles dans c'classeur-là en fait j'trouve.***	O-	manque d'outils pour l'ensemble des professionnels
EV*SP			
178	***Oui. On marche avec des infirmières libérales avec des kinés aussi. Bon les kinés on les voit. Enfin personnellement, je les vois pas trop.***	ITR-	peu de contact avec les autres professionnels
277	*Enfin, moi pour ma part, j'ai la sensation de les croiser beaucoup.*	ITR-	interactions succinte
294	***Voilà c'est ça. Et puis, ben après moi ce qui me manque en fait , par rapport à l'hôpital c'est ce binôme avec l'infirmière.***	ITR-	beaucoup moins de travail en binome
EK*S			
77	Heu….Mais après, c'est vrai qu'on les voit pas	ITR-	peu de contact avec les autres professionnels

ITR- suite :

	EL*S		
211	*Parce qu'après les médecins c'est vraiment très rare on les voit. Souvent, ils viennent en dehors de nos visites quoi.*	ITR-	peu d'interaction avec les médecins, orthophonistes, kiné
213	*Euh après ben, kiné, orthophonistes c'est pareil, c'est en dehors, nous on les voit pas.*	ITR-	peu d'interaction avec les médecins, orthophonistes, kiné
219	***Et vu qu'on ne se voit pas, c'est un peu difficile pour moi de dire qu'on est en collaboration parce que on peut pas échanger quoi*** . Moi j'ai besoin d'un échange quand même pour dire que je suis en collaboration euh avec quelqu'un quoi.	ITR-	peu d'intercation avec les autres pro
227	E***t surtout euh, parce que bon bah moi, voilà je suis à domicile et c'est vrai que ce qui peut manquer à domicile, c'est que ben on n'a pas toute cette partie évolutive quand les maladies évoluent euh*** . Comment dire ? Ben à l'hôpital il y'a des diagnostics de posés, on va nous expliquer tout ça. Que ben nous à domicile c'est juste bah un compte-rendu, la famille. Après on n'a pas de euh, plus d'explications.	ITR-	peu d'interaction, donc peu d'échanges
234	Et puis euh. A l'hôpital enfin, c'est pas caché. je veux dire nous, si on a le dossier, on a le dossier. ***Que nous à domicile on n'a pas le dossier complet des fois euh*** . On a les antécédents. [,,,]Donc voilà. ***C'est vrai que des fois, ça c'est pas toujours facile. parce que du coup on cherche mais on n'a pas la solution tout de suite***	O-	un même outil de travail pour tous à l'hôpital contrairement au domicile
243	Et puis euh par exemple ou ***sinon des patients ont sait que les patients nous disent qu'ils ont une glycémie basse. Nous on n'a pas le carnet vers nous donc il suffit qu'il a une glycémie basse le matin,***	O-	pas d'interaction
	EB*S		
18	*Mais la plupart du temps euh… nous sommes surtout euh… seul avec le patient et avec le matériel dont nous disposons pour les mobilisations. Et c'est, ça reste assez euh… assez euh…*	ITR-	un travail seul à domicile

Voies de la professionnalisation participant à l'identité « agie » : LA

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EN*SP		
190	Y a quinze ans, les infirmières, tu sais, bah voilà, c'est comme moi quand ***je faisais mon stage,*** je suivais quelqu'un dans un service et je voyais ce que je voyais et on appréhendait une situation, voilà. ***Et après on faisait son rappor*** t, pour savoir ce qu'on avait vu, ce qu'on avait fait, tout ça.	ST	rapport de stage seulement il ya +30ans
234	***Donc, et ça ça s'apprend, euh, sur le terrain et à force de faire des formations d'ailleurs*** .	T	construction identiatire sur le terrain et formation tout au long de la vie
192	***Au jour d'aujourd'hui, il faut qu'elles prennent en charge une situation précise et qu'elles la décrivent du début jusqu'à la fin, la prise en charge comment ça se passe et …*** **Donc, y a des choses à appréhender sur les médicaments, sur le suivi de la personne, sur le fait de…** *Voilà, c'est une globalité de la personne qui est justement plus prise en charge.*	ST	les nouveaux AS : raisonenment clinique et globalité de la personne en stage
	EM*SP		
215	***Après l'expérience aussi fait que ça nous aide à avancer.***	T	l'expérience
	EA*SP		
112	***On apprend aussi avec la pratique.*** **C'est pour ça qu'y a des** ***stages*** *et heu…*	ST	les stages
118	***Y'avait des stages toutes les 6 semaines. On changeait de stage donc c'était intéressant .***	ST	changement de lieux de stage
124	***Qu'est c'qui m'a aidé le plus. Ben, les stages parc'que les stages on est vraiment sur le terrain. On voit des choses et puis bon, comme y'avait des stages obligatoires, donc un peu dans tous les services.*** [,,,] ***Bon voilà, moi c'est vraiment les stages qui m'ont apporté le plus quoi.***	ST	apport des stages
	EG*S		
545	Voilà. Pis même nous on parle de leurs enfants, c'est euh… Bon après attention, faut rester professionnel hein ! ***On s'apprend au fur et à mesure.***	T	la relation++ apprendre cette relation sur le tas
	EH*SP		
202	***Heu (…) bah, les stages que j'ai pu faire. Parce qu'on fait des stages en différents milieux.***	ST	changement de lieux de stage
	EV*SP		
333	***Mais en fait c'est venu tout seul car j'ai l'impression que ça a glissé tout seul avec les outils qu'on m'avait donné à l'école, avec mon vécu et avec les dossiers patients quand vous prenez quelqu'un en charge en fait.***	T	se developper dans le travail à son "insu"
392	Euh mais, je , je enfin, ***je ressemble pas du tout à la personne que j'ai enfin que j'ai débuté. je veux dire, les connaissances, j'en ai mais beaucoup plus !***	T	acquisition de connaissances avec exp
394	Ils nous le disent de toute façon : ***« on vous apprend , ben pour pouvoir débuter et après c'est votre acrrière qui faite le reste »*** .	T	apprentissage sur le tas
399	et je pense ***que ce soit le service où les gens c'est encore plus enrichissant que dix ans d'école.***	T	apprentissage sur le tas
324	***. Bon des choses que je connaissais déjà. Et euh parce que j'avais eu des gens malades autour de moi. Donc euh quand vous avez des gens malade autour de vous, y'a certaines choses que vous apprenez quand même parceque vous vous êtes renseigné.***	T	apprentissage sur le terrain suite à sa vie perso
	EL*S		
251	pour savoir voilà comment ça va. ***donc moi maintenant*** ***je sais que ben voilà au bout de tant d'années.*** *Bah si le patient est diabétique on sait forcément qu'il y'a un cahier de glycémie dans la maison donc bon*	T	apprentissage avec l'exp
	EB*S		
312	***De toute façon les stages m'ont influencée hein, qui m'a nourrit euh… moi c'était mes premières expériences dans l'métier.***	**ST** T	**les stages et l'expérience**

Voies de la professionnalisation participant à l'identité « agie » : LRP et LRS

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EN*SP			
60	***Des fois, si tu veux, des fois on peut avoir des difficultés dans une situation et des collègues, elles, ont bah trouvé la solution pour faire, euh, que ça se passe mieux.***	LRPC	as qui réfléchit sur son travail en vue d'un travail ++ pour le patient
62	*E**t ce qui fait qu'on se donne un petit peu des petits trucs** , tiens « Ah bah oui, moi je fais pas comme ça, quand je le lève je fais autrement. » Euh…* ***On se donne des petites choses qui facilitent un peu le, la façon d'appréhender les situations quoi.***	LRPC	as qui réfléchit sur son travail en vue d'un travail ++ pour le patient
187	***Actuellement, moi, je ne peux apporter que ce que j'ai vécu. [,,,]*** C'est très différent d'il y a quelques années où, voilà, c'était le travail qu'on faisait qu'elles suivaient. ***Maintenant, elles ont toutes un… une présentation de la situation à préparer, tout ça. Et y a quelques collègues qui se sont formées pour ça.***	LRPI	nouveaux stagiaires et raisonnement clinique
58	D***onc ça fait déjà un palier, euh, qui, qui, qui nous dégage un petit peu de choses qui nous tracasse quoi. Donc, disons qu'après, la psychologue… Chacune, après notre tour, on dit ce qui va, ce qui va pas, ce qui nous travaille sur le moment ou tout va bien et pis, voilà, une situation qui est plus problématique pour les unes ou pour les autres. Ben, c'est débattu à ce moment là quoi.***	APP	As qui réflechit sur son travail
EM*SP			
102	*. On a une infirmière coordinatrice. Donc dès qu'il y a une problématique, on lui en parle* , ***ou on a une réunion d'équipe tous les quinze jours, donc on parle en réunion d'équipe. On essaye de trouver le mieux pour la personne, et que nous aussi on ne se mette pas en danger, ou qu'on ne se fasse pas mal*** . Et après… On essayer plusieurs, plusieurs choses, si c'est ça… Y a toujours… Ouais, c'est toujours en équipe que c'est décidé.	LRPC	réflexion collective
100	***Beh, déjà on se sent soutenue, on peut débattre sur des situations compliquées, ou quand ça va pas, voilà, on peut discuter.***	LRPC	dynamique d'équipe et échange sur les pratiques
EC*SP			
31	Vraiment voilà c'est vraiment un tout et du coup ***beaucoup de remises en question*** *parqu'on a toujours appris à dire non c'est comme ça et pas autrement balla non il faut vraiment travailler avec tous ce contexte et c'est ça qui est d'autant plus intéressant* .	LRSI	nécessite de se remettre en question
117	***Mouais, faut jamais rester sur ses acquis. Il faut toujours euh. La remise en question, je dirai que c'est un point fort en fait. Et se remettre en question et dès qu'on est en difficulté, ne pas les garder pour soi, soit faire appel à l'équipe, soit appelé l'infirmière coordinatrice mais ne pas rester en fait, sur une difficulté parce que soit une collègue à une solution, soit c'est l'infirmière, soit c'est toute ensemble.*** avec toute, avec plusieurs réponses possibles, où on arrive en fait à ben voilà à trouver.	LRSC	se remettre en question importance du travail en équipe
EG*S			
217	Elles sont 8, on est ***8 j'crois par euh par réunion et du coup euh on discut… là de de nos difficultés qu'on nous on a, on a, ça peut arriver qu'on a des difficultés soit avec un patient, soit avec un conjoint ou… et ça on en parle en ADP, pour voir le… si on peut solutionner quelque chose quoi.***	APP	prise en compte des difficultés de l'AS mise en place de la psychologiuqe
264	***C'est ça, une analyse de la pratique.*** Je cherchais l'mot vous m'l'avez trouvé ! (rires)	APP	analyser sa pratique
EH*SP			
135	On fait pas toute la même chose. *Donc quand on est en réunion on ce doit, ben moi je fais comme ça, moi je fais plutôt comme ça et après on tranche ce qui est le mieux en équipe.*	LRSC LRPC	réflexion en équipe sur action pour le patient contrairement en structure
EV*SP			
380	Voilà c'est ça. ***Après en fait, chaque jour on réfléchit tout le temps*** **.** [,,,] ***Enfin, moi quand j'arrive j'observe*** , et euh, comme on commence, certains qu'on voit souvent, on sait comment va se dérouler le soin.	LRPI	réfléchir avant d'agir
EL*S			
200	Oui voilà. Est-ce que des fois nous on est dans notre soin et on s'en rend plus compte. ***Et je me dis c'est vrai que bah quand on analyse la situation, est-ce que nous aussi on serait pareil quoi ?***	LRSI	analyse de situation par AS

Voies de la professionnalisation participant à l'identité « agie et prescrite » : LIA

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EN*SP			
188	***on a actuellement une formation sur [Ville 4], avec des infirmières,*** *pour justement savoir exactement ce qu'on doit apporter à nos stagiaires.* C'est très différent d'il y a quelques années où, voilà, c'était le travail qu'on faisait qu'elles suivaient.	LIAF	formation tout au long de la vie pour le tutorat raisonnement clinique des EAS
233	*Donc, et ça ça s'apprend, euh, sur le terrain et* ***à force de faire des formations d'ailleurs.***	LIAF	construction identiatire et formation tout au long de la vie
EM*SP			
216	***. Après je lis beaucoup sur la psycho, tout ça, donc ça aide aussi à comprendre certaines choses et tout ça, mais…***	LIAP	lectures personnelles impacte l'identité
237	***Plus les cours en lien avec les pathologies, comprendre le fonctionnement… Je sais pas, du système nerveux, tout ça. Comprendre vraiment… Et ensuite on comprend forcément mieux les pathologies donc*** **, euh…**	LIAF	importance des cours Th pour la pec
239	***. C'est plus les gestes, les techniques de soin, les pathologies, tout ça.***	LIAF	importance des cours Th pour la pec

Suite LIA :

EC*SP			
159	. o***ù déjà on est toutes formées selon « l'humanitude » ce qui déjà à l'époque euh*** , [,,,]C'est vrai qu'être formée selon l'humanitude, déjà il a 10 ans, ben, on commençait tout juste à en parler. Hein. Parce que même après, quand j'ai commencé à travailler et que j'ai dit, que j'étais formée selon l'humanitude. On m'a dit : « mais qu'est ce que c'est que ça ? ». [,,,]***Et toute notre formation était sur l'humanitude, donc c'était un petit peu poussé quand même parce que, bah on peut pas mettre tout en place non plus*** . C'est pas la solution miracle. Mais déjà, voilà, ils voulaient qu'on soit dans la stimulation, qui, voilà. C'était… Ouais…	LIAH	formation initiale centrée sur l'humanitude
180	***Vraiment formée à regarder des vidéos entières sur l'humanitude*** . Comment faire prendre des douches comment ? Oui, il ya des choses c'est magnifique.	LIAH	l'humanitude en FI
385	***Enfin si ça s'apprend mais ça s'invente pas si on ne sait pas si on ne l'a pas appris on ne peut pas deviner . il ya plein de choses qu'on peut pas deviner. Justement d'où l'enrichissement professionnel de faire des formations. D'être formée et même de se former entre nous ça peu importe. Mais voilà. Faut pas, si on n'a pas fait les formations, si on n'a pas fait les stages, si on n'a pas fait tout ça. bah je vois difficilement comment on peut acquérir ces compétences quoi*** . [,,]C'est se sont *des protocoles à apprendre.* C'est mettre des surblouses les masques ffp2 les.	LIAF	se former tout au long de la vie pour être compétent connaissances à acquérir comme les gestes techniques, l'hygiène
EA*SP			
113	***. Donc, j'ai appris tout l'métier, le vocabulaire ,les conduites à tenir selon certaines pathologies. Euh… les soins d'nurcing à faire.***	LIAF	les apports de la formation sur le métier AS
EG*S			
695	*Sauf que c'monsieur était agressif et moi j'me suis r'trouvée complètement en difficulté. Sauf que la maladie d'Alhzeimer faut savoir que des personnes peuvent être agressives, sauf que moi j'étaispas…voilà… Vous savez on n'avait pas…* ***J'trouve que ce, ce module-là là, au niveau cognitif, faut euh…on l'avait pas approfondi au niveau école aide-soignant. Et moi j'dis qu'c'est important parc'que au jour d'aujourd'hui on a de plus en plus de cas comme ça. Et ça peut nous mettre en difficulté en tant qu'aide-soignante*** .	LIAF	évolution des situations patient d'où renforcement d'un module sur les tb cognitifs en FI
711	Et puis j'trouve que ça, *c'est important de, de, que cette formation ASG…c'est un complément j'trouve. Ce s'rait bien qu'elle soit avec la formation d'aide-soignante.*	LIAF	ASG un complément pour AS
EV*SP			
314	***Bon là moi, j'ai fait des recherches de mon côté parceque je voulais savoir*** . [,,,]Et du coup avec ma MSP, moi j'avais fait beaucoup de recherche.	LIAP	fait ses propres recherches
316	***Que c'est vrai que toutes les recherches que j'avais fait à l'école, elles me servent au jour d'aujourd'hui avec cette dame.***	LIAP	fait ses propres recherches
334	*Mais en fait c'est venu tout seul car j'ai l'impression que* ***ça a glissé tout seul avec les outils qu'on m'avait donné à l'école,*** *avec mon vécu et avec les dossiers patients quand vous prenez quelqu'un en charge en fait.* ***Et puis moi après quand j'ai des questions enfin, je suis pas du genre à, à ruminer dans mon coin. Je vais chercher à , je vais chercher l'information d'une. Enfin d'une façon ou d'une autre, je vais la chercher l'information*** *. alors pas forcément sur internet parce que c'est bien et des fois c'est pas bien du tout.* ***Et euh, je préfère aller vers des professionnels de santé. Et nous, on a donc du coup au SSIAD de [ville] on a cette richesse là, on a [nom de l'idec].***	LIAP	importance des outils dans la FI pour se developper dans le travail à son "insu"
373	***Et bien la connaissance du corps humain*** . [,,,]. Après euh, ***certaines surveillances aussi quand vous voyez quelqu'un qui est en hypo il faut savoir reconnaître les signes*** . Bah, ça c'est un truc que moi avant je savais pas euh.	LIAF	les cours et techniques très importants dans la FI
375	*. Euh, mais* ***c'est toutes ces petites choses en fait des techniques qu'on apprend*** *comme les techniques de manipulations parce que souvent quand vous bougez des gens quand vous savez pas eh bien vous vous faite mal.*	LIAF	les cours et techniques très importants dans la FI
EK*S			
143	. Après, ***les soins en eux même, les soins d'hygiène, voilà, ça on les apprend.*** On les apprend.	LIAF	apprendre les soins d'hy
EL*S			
180	***Euh c'était, ben ce qu'on appelait enfin c'est ce qui, parce qu'il voulait développer beaucoup pour euh, pour l'Alzheimer . donc euh, je sais qu'on a beaucoup, beaucoup parlé, nous pendant ma formation.***	LIAF	alzheimer en FI
185	*Mais qui marche aussi, pour d'autres personnes en effet.* ***Toute la, notre gestuelle fait que elle marche pour l'Alzheimer mais elle marche aussi pour les autres patients. Mais c'est vrai que nous ont était beaucoup sur, sur l'Alzheimer et les personnes désorientées.***	LIAF	des techniques , des gestes qui s'adaptent aux patients
186	Et puis, ***bon moi j'étais dans le plan Alzheimer aussi à l'époque et euh du coup on parlait beaucoup de l'Alzheimer et de justement cette humanitude.***	LIAH	alzheimer et humanitude en FI

Offre « Affective » :MA

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EN*SP		
16	***Donc, euh, en pénibilité de travail, on est beaucoup plus écouté et, euh, plus fourni à domicile***	E	Ecoute des propos de l'AS
33	***Un accueil des nouvelles où on prend en compte leurs difficultés, et tout…*** *Si tu veux, on a un esprit d'accueil qui est réputé* dans le département.	DE	Ambiance d'équipe+
35	Donc euh… pour te dire qu'à ce moment là, par [???] les week-end, comme on est sur plusieurs secteurs, ***on va nous organiser pour faire le moins de kilomètres et faire le travail près de chez so*** **i.**	DE	Dynamique équipe et organisation du travail
38	Donc, euh, chacun est un peu *organisé dans ses conditions de travail, suivant un peu notre psychologie à soi d'accepter des, de, de, le relationnel qu'on peut avoir avec les patients* . ***Donc, euh, c'est [nom de l'infirmière coordinatrice], notre infirmière, qui nous connaît bien qui nous***	E	organisation du travail par idec et sensibilité AS
56	Et c'est quelqu'un que... qu'on a le numéro de téléphone, qu'on peut joindre par téléphone en cas de besoin quoi. *Nous,* ***on a actuellement une infirmière coordinatrice qui est très à l'écoute.***	E	Ecoute des propos de l'AS
64	Voilà, on partage les informations, et voilà. ***C'est un esprit d'équipe beaucoup plus ouvert qu'il l'a été*** *,* euh, les quinze premières années de service quoi.	DE	dynamique d'équipe ouverte
111	On est pas toutes formées pareil. ***On, on accepte la différence de, de ce qu'on apporte chez les gens.***	DE	Des personnalités différentes qui se répercutent sur les pec
113	Donc euh, on est toutes, euh**, on a toutes des apports différents en fait, avec le vécu de chacun et de chacune d'ailleurs**. Et ça c'est beaucoup plus, euh, voilà, c'est beaucoup plus…	DE	Des personnalités différentes qui se répercutent sur les pec
115	***Chacun apporte ce qu'il a à apporter et très très ouvert vis-à-vis des gens quoi. Donc y a vraiment une ambiance dans notre service quoi. Ça c'est très agréable à vivre quoi [rire].***	DE	Dynamique équipe ouverte
	EC*SP		
235	Et à domicile ils sont vraiment. ***Et c'est ça aussi qui est important c'est qu'ils sont vraiment dans notre bien-être en fait.*** *Ils nous ont intégré un coach sportif. Pendant une année, on a eu un coup de coach sportif. Voilà. i* ***ls sont vraiment pour que l'on se sente bien au travai*** *l.* ***Si l'on se sent bien au travail, du coup il y a moins d'arrêts.***	E	préoccupation du ssiad //de l'as
239	Donc, ouais. C'est vraiment l'optique de notre SSIAD. ***C'est vraiment celui là, en fait. Notre bien-être, notre confort et si on est bien*** , beh du coup on n'a pas besoin d'être arrêtée.	E	préoccupation du ssaid// de l'as
243	Exactement. Et c'est ce qu'ils recherchent en fait. Notre ssiad, c'est vraiment, c'est vraiment, ouais, leur point numéro un. ***Qu'on soit bien dans notre travail, qu'on soit bien dans notre corps, qu'on soit bien dans notre tête et du coup, ben les soins ils s'en ressentent forcément et les gens sont très***	E	préoccupation du ssaid// de l'as
	EG*S		
92	Ouai. Dès qu'une personne rentre chez elle euh ***maintenant les infirmières elles font drôlement attention à ça.***	E	écoute des IDEC au regard des conditions matérielles pour travailler
482	**…**Et pis moi *j'trouve que* ***c'est valorisant parc'qu'on nous fait quand même confiance.***	C	organisation et confiance en As
486	Ah moi personnellement ***j'trouve qu'on a quand même…une certaine confiance.***	C	organisation et confiance en AS
756	Ah bah ***c'est clair notr'regard il est super important. Et notr'infirmière nous fait confiance à…grâce à ça.***	C	le regard de l'as est primordial à domicile confiance de l'IDEC et IDEL
474	Bah moi j'trouve qu'on est…a**lors** ***moi j'trouve qu'on est valorisé parc'que quand même, on est déjà seules chez le patient.***	C	valorisation du métier de part l'organisation
766	Et même les infirmières à domicile, j'trouv'qu'elles…***elles nous font confiance*** par contre. Elles savent que…comme on passe…	C	le regard de l'as est primordial à domicile confiance de l'IDEC et IDEL
790	Bah oui oui, parc'quemêmeun p'tit, voilà de s'dire euh… a***près on, là on voit la différence qu'y a entre notre équipe actuelle et là y'a des remplaçantes qui sont arrivées… Bah nous on est voilà très conviviales, j'veux dire on s'appelle en disant « Bah est-c'que t'as besoin ? » et c'est vrai qu'y'a des remplaçantes au jour d'aujourd'hui elles l'font pas*** . [„,] Mais j'trouve que c'est important. Bah moi c'est…bah voilà moi j'aime bien. Sans lui prendre un patient, au contraire, c'est d'savoir comment ça c'est passé. Si c'est un dimanche, un dimanche c'est pas toujours facile d'aller travailler, ***bon moi ça m'dérange pas mais… voilà c'est bien, c'est agréable j'trouve !***	DE	cohésion d'équipe qui influence son investissement
	EV*SP		
41	Donc euh voilà. Donc euh, nous on a un arrangement. ***Enfin moi j'ai la chance aussi là de du SSIAD où on est, on a une équipe qui est relativement proches les unes des autres***	DE	Dynamique d'équipe au SSIAD qui impacte la pec patient
191	***Elle nous laisse jamais dans la difficulté.***	**E**	**Une idec à l'écoute des As**
336	Et moi après à l'hôpital, je fonctionnais beaucoup avec les médecins ou avec mes collègues infirmières. Parce que ***j'ai eu aussi la chance de tomber sur des gens qui, qui aimait transmettre***	E	regard attentionné du personnel paramédiacl sur AS
396	Et puis ***ça dépend du service où vous allez, ça dépend des gens que vous rencontrez aussi ça c'est important .***	DE	importance de l'équipe et du lieu d'exercice dans évolution identitaire, importance des

MA suite :

EB*S			
118	*Ouai y'a une autre euh… voilà tout à fait. Et bien sûr nous euh… nous sommes aussi là pour intervenir euh… pour signaler des rendez-vous, pour euh… voilà pour signaler que au niveau route euh… ça ???le jour donc il faudrait mieux inverser, euh…voilà* **. *Qui reste euh…ouverte euh, à notre écoute euh… à ce sujet hein.***	E	une idec à l'écoute des propos des AS // des tournées
120	***Bon, non nonnon, elle est à, elle est à l'écoute.***	E	une idec à l'écoute
124	(rires) ***Voilà elle est bien à l'écoute de euh … voilà de … nos remarques euh… voilà par rapport aux tournées.***	E	une idec à l'écoute
334	***Oui parce que l'équipe euh… on… c'est important l'équipe hein. Euh… quand on est bien accueillie et euh… voilà si on se sent bien dans une équipe euh… quand ça se passe bien on a tendance euh… Moi c'était la première fois que je travaillais vraiment en équipe hein. Et… ça s'est, ça se passait bien donc euh… c'est vrai que c'est important pour euh… se dire euh… et envisager euh… une suite (rires)… voilà. C'est, c'est grâce à ça j'pense que j'ai accepté un CDI***	DE	importance de la dynamique d'équipe dans le travail
384	***la coordinatrice elle, elle nous soutient beaucoup de ce côté-là, mais, même elle, elle peut pas, malheureusement, faire mieux que nous.*** **(rires)**	E	soutien de l'idec
EH*SP			
139	Bah, par rapport à soin ? Je sais pas, par rapport à un levé par exemple : moi je vais lever la personne d'une certaine façon, ma collègue va dire moi je la lève plutôt comme ça, voilà. Et après on tranche en équipe, en réunion ce qui s'apprête le mieux pour la personne, voilà. *Alors que en maison de retraite en fait, je trouve que c'est plus ce qu'il va s'apprêter le mieux pour les aides-soignants plutôt que pour la personne qui va être soigné.*	DE	faire pour le patient et dynamique équipe

Offre « Opératoire » : MO

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EN*SP			
72	**C'est parce que** ***c'est la personne qui est au centre et c'est pas le travail de l'une ou de l'autre qui fait ou qui ne fait pas, c'est la personne qui centre.***	OP	nouvelle organisation parcours patient
44	***C'est une organisation tout à fait différente de ce qu'il y avait il y a quelque temps où quand on avait organisé une tournée celle qui venait après avait exactement la même tournée. Actuellement c'est pas ça*** , parce qu'actuellement *on a des prises en charge de gens qui sont 7 jours sur 7, matins et soirs, qui sont trois fois par semaine, lundi, mercredi et vendredi,* et forcément y a des journées où c'est plus chargé que d'autres...	OP	nouvelle organisation parcours patient
74	***C'est la personne qui est le centre des besoins*** . Donc euh, y a plus de jours ou pas de jours, parce qu'on organise un travail, par exemple tel jour c'est la douche, tel jour c'est les bains de pieds, tel jour euh [???] bains de pieds, jeudi shampoing et toilette, euh, douche jeudi ou vendredi. Et si y a des fois des couacs parce que ça ne peut pas se faire, bah c'est pas grave, ***ça va évoluer en fonction de la personne.***	OP	nouvelle organisation parcours patient
100	Eh ben, y a des… ***mes collègues seraient capables de prendre du temps en début d'après-midi pour faire les shampoings ou faire des choses qu'on a pas le temps de faire le matin.***	APR	action de prévention
EM*SP			
19	***c'est plein de choses qu'on peut mettre en place, des projets qu'on peut mettre en place, qu'ils ne font pas forcément en fait avec leurs familles ou …*** **Ouais, non, c'est super intéressant.**	APR	action de prévention à mettre en place l'am
52	***Nous, on a cette chance d'avoir le temps de les poupounnier, de prendre soin d'eux correctement*** **. Et ça, ça n'a pas de prix. C'est vraiment…**	T	le domicile c'est avoir le temps pour prendre soin
58	Ah bah oui, parce que c'est vrai que nous, je veux dire, o***n passe une heure chez les gens parce que il y a eu un problème, ou parce que voilà, on a le temps de discuter, de se poser.***	T	le domicile c'est avoir le temps pour prendre soin+une autre relation
60	**On est pas…** ***y a pas de chrono quoi.***	T	le domicile c'est avoir le temps pour prendre soin
249	***Alors que là, depuis un ou deux ans, on parle aussi de faire les repas pour les personnes qui font des fausses routes.***	DT	diversification des tâches à domicile
EC*SP			
33	***C'est qu'on a le temps, on a vraiment le temps*** **on n'est pas, [„,]C'est de se dire** ***qu'on n'a pas le chrono en main c'est à dire que si un soin doit durer une heure ou deux.***	T	le domicile s'est avoir du temps
36	***heures et ben il durera une heure ou deux heures*** *alors qu'en structure on le sait pertinemment qu'on ne peut pas, c'est qu'on ne veut pas, c'est qu'on ne peut pas*	T	le temps au domicile contrairement en ehpad car manque de personnel
43	Tandis qu'à domicile si on en a 6 c'est le maximum.. quoi… 6,7 parce que voilà sept c'est vraiment s'il y a des toilettes toute simple mais voilà on va pas au de ça donc ouais c'est vrai que ***c'est quand même différent et on prend le temps on apprend à prendre le temps***	T	manque de personnel en structure le temps à domicile
53	. Et puis *o* ***n m'a dit mais non, mais, prends ton temps.*** mais je me suis dit « qu'est ce que je vais faire en une heure chez la personne ?». « ***eh ben tu vas apprendre à prendre le temps »*** c'est ce qu'on m'a dit et *c'est vrai au jour d'aujourd'hui bah* ***si je mets une heure et ben je suis très contente (rire) parce que voilà j'ai pris le temps et euh***	T	le temps au domicile
	Ca implique que déjà on n'a pas, du coup, toute cette rente, tous ce côté rentabilité, tous ce côtés, euh. On est vraiment dans le côté du prendre soin, de on est dans un projet de vie, donc selon ce que souhaite le patient.[„,] Et *c'est vrai qu'à domicile,* ***le plus, avoir le temps, ne plus être dans ce stress de se dire euh, il faut aller vite, toujours plus vite*** . *il faut remplir le service euh, parce que, ben parce qu'il nous faut de l'argent rapidement. Ouais tout ça c'est complètement différent et c'est très apaisant domicile par rapport à tout ça, en fait. Hum. Ca rien à voir et euh hum* .	GE	une autre egstion
225		T	plus de temps pour le patient à domicile
230	***Le but à domicile c'est vraiment que la personne reste à domicile le plus longtemps possible. Donc euh, avec tout ce que ça implique. C'est à dire que, il va falloir intégrer tout le côté médicalisé que, les patients ne connaissent pas.***	OP	but du soin, rester à domicile

MO suite :

EA*SP			
62	Oui voilà. ***C'est sûr qu'à domicile on va, on va s'occuper, faire aussi attention à l'aidant*** **.** [,,,] Après, c'est vrai que nous en plus on est 14 au SIAD à [ville] et ben, j'veux dire, *on tourne parc'qu'y'a des tournées qui sont dures physiquement et des tournées qui sont dures moralement* . Donc heureusement qu'on tourne sinon c'est vrai qu'on tiendrait pas le coup.Bon, y'a des gens aussi qu'ça agace un p'tit peu car c'est pas toujours la même aide-soignante.	OP	nouvelle organisation centrée sur le patient et l'aidant difficulté des pec à domicile et dynamique d'équipe qui aide
81	**Qu'est c'que ça implique heu ! Ben pour moi, personnellement, j'veux dire, moi j'm'y r'trouve parc'que j'vous dis, voilà, on va pas passer des heures et des heures chez des gens parc'qu'on va pas arriver à midi chez des gens pour faire une toilette mais on est déjà. C'est pas du travail à la chaîne,** j'dirais comme en structure parc'qu'en structure quand on voit le nombre de toilettes qu'on a à faire dans une matinée, c'est impressionnant.	T	A domicile As à du temps pour prendre soin
83	***Alors qu'à domicile, ben, on a quand même. C'est ça qui m'plait. C'est qu'on prend plus le temps, même si j'vous, on va pas y passer des heures et des heures parc'que on va pas arriver chez les derniers à midi quoi !***	T	A domicile As à du temps pour prendre soin
126	*j'crois ,j'pense pas qu'changerai de service. Qu'je resterai à domicile, j'espère. Mais moi, voilà, j'ai pas envie de travailler comme aide-soignante dans un service où, mettons, aux urgences, où faut aller vite, où ça bouge, où…* ***Moi ,je, ouais, prendre le temps avec les gens.***	T	le temps pour prendre en charge le patient
EG*S			
12	***. Après l'domicile bah moi j'aime beaucoup parce qu'y'a le côté euh bah seul ça c'est sûr…***	TS	aime travailler seule
652	Euh bah pfff pas partir sur euh… j'veux dire rest'… Y'en a qui y'arrive, moi des fois j'ai du mal hein. ***Pas déborder sur certaines choses quoi. Par exemple par chercher un courrier, chercher…moi y'a des fois j'ai*** tendance à l'faire quoi !	GT	débordement de tâches
656	Bon normalement on euh…normalement on devrait pas l'faire ! (rires) Mais, voilà ça…c'est, c'est, ouai (rires) Ça fait partie d'la vie quotidienne. (rires)	GT	débordement de tâches
27	***Mais c'que j'veux dire on a ce côté…'fin voilà que euh… et puis bah j'trouve qu'on prend l'temps. Bah moi c'que j'aime bien c'est qu'on prend l'temps chez les gens quoi.*** Voilà, si un jour y'a une dame qu'est bon… ou un monsieur qu'est moins bien, bah euh ***on n'est pas chronométré dans le, le… on prend le temps à domicil*****e. J**'trouve qu'on, qu'on voilà, ***on a quand même du temps*** . [,,,] ***Mais euh j'trouve que voilà on prend le temps, on euh (silence) c'est important j'trouve, à domicile.***	T	le temps à domicile
37	***Ouai on n'est pas euh, moi j'trouve que c'est ça c'est qu'on euh, plus de temps peut-être sur un point ou plus de temps à parler ou sur la route ou voilà. C'est pas…chaque jour voilà on fait nos tournées on n'est pas à 10 minutes prêt quoi.***	T	plus de temps à domicile, plus de temps à échanger
79	**Alors nous voilà c'est le maintien hein ?** ***On essaie de maintenir les personnes au maximum chez***	OP	organisation centrée sur le patient
496	Après moi j'trouve, ***pour moi ma voiture c'est mon…entre guillemets, mon défouloir*** . De faire la route entre les patients c'est voilà…c'est un bon bol d'oxygène, ma radio euh,… J'trouve qu'c'est important d'avoir ça entre patients parc'que j'trouve qu'ça me fait couper !	V	LA VOITURE UN DEFOULOIR
508	***Bah qualité d'soins, c'est c'que j'disais t'à l'heure, on n'est pas pris par le temps.***	T	avoir plus de temps à domicile pour un meilleur soin
801	***Après, à domicile on p'…on s'organise comme…bon alors oui.*** Après à domicile je s'rais tentée d'dire que si par exemple y'a quelqu'un qui vous dit : « j'veux un shampoing aujourd'hui », alors qu'la douche c'est l'jeudi, bah on va l'mettre sur la transmission bah « donné une douche aujourd'hui »parc'que voilà aujourd'hui y'a eu l'coiffeur et pis…on…***on a quand même une souplesse à domicile quand même.***	AP	organisation autonome au domicile
831	***on s'organise quoi. J'trouve qu'on est pas pris par euh… comment dire… On… faut respecter c'qu'a été mis mais c'est souple quand même.***	AP	l'as s'adapte et s'organise au domicile
835	**Y'a une certaine souplesse à domicile.**	AP	aimer faire la route au domicile
922	J'trouve qu'on a une certaine liberté *et on a un respect vis-à-vis des gens.*	AP	une certaine liberté d'organisation et du respect au domicile
EH*SP			
51	. ***Mais on a le temps, heu, avec les gens.*** On a un minimum, on maximum, pardon, trois quarts d'heure avec chaque personne. Chose que c'est inconcevable en maison de retraite.	T	le temps au domicile
53	Donc on a quand même le temps de prendre soin, de discuter, de prendre un café si on a envie de prendre un café. (Rire) Voilà donc, heu, c'est une autre relation en fait. Donc c'est vrai qu'on rentre dans l'intimité des gens, on rentre chez eux. Et heu …, mais heu, mais y a un soin qu'est beaucoup plus agréable. Un lien qui se créer aussi donc heu avec les personnes, donc heu voilà.	T	le temps au domicile
119	***Je trouve que à domicile on, (…). Bah je sais pas déjà ils sont chez eux donc. On intervient à leur domicile et (…) pour eux c'est. Ils veulent rester là le plus longtemps possible. Nous on reviendra avec ce soutien là.***	OP	but du soin, rester à domicile
132	***. Alors qu'à domicile on est là pour la personne on a trois quarts d'heure là. On est là trois quarts d'heure pour la personne. On va voir personne d'autre. Voilà quoi. Y'a une présence qui est complètement, complètement différente.***	OP	organisation du domicile qui fait que l'as est totalement présente pour le patient
139	Bah, par rapport à soin ? Je sais pas, par rapport à un levé par exemple : moi je vais lever la personne d'une certaine façon, ma collègue va dire moi je la lève plutôt comme ça, voilà. ***Et après on tranche en équipe, en réunion ce qui s'apprête le mieux pour la personne*** , voilà.	OP	organisation du domicile pour le patient

MO suite :

EV*SP			
15	***Tandis qu'à domicile en a pas de, on n'a pas ce paramètre temps en fait .*** Euh, donc le matin *on vous donne une tournée et c'est à vous de la faire* . Voilà. Vous prenez les patients les uns le premier	AP T	Organisation centrée sur le patient à domicile et l'as s'organise
78	*. E* ***t je vois là depuis quelques temps au niveau du SSIAD, on a des actions prévention. [„,JC'est pareil, vous pouvez aller chez les gens passer un peu plus de temps à les masser ou juste aller les voir pour discuter aussi. Voir ce qu'ils attendent ben de l'après, de nous, voir comment il envisage un peu la suite quoi.***	APR	un métier qui évolue en ce sens avec les actions de prévention à domicile
114	***Voilà après nous à domicile on peut donc oui on a davantage de temps pour écouter.*** Donc des fois le soin il va prendre 20 minutes, on va prendre un café avec eux et on va rester re 20 minutes.	T	Le domicile le temps d'écouter
169	Parce que souvent ce qui se passe c'est que quand vous les mettez sur le classeur. Après, enfin c'est normal qu'ils sachent mais euh . Y'en a :« ah bah oui mais pourquoi vous mettez ça ». « Ah bah oui mais si vous mettez ça il va falloir faire ça ». ***Donc pour éviter tout litige et pour que les choses soient claires pour tout le monde je préfère les faire sur le téléphone sereinement. Après y'a des fois il y'a des choses qu'on observe et on ne veut pas les affoler.*** Donc si on avait mis sur le classeur	TD	gestion difficile des tarnsmissions au domicile
282	*.* ***En fait on est seul dans nos soins, mais on n'est jamais seul euh complètement. Parce qu'on a toujours un, un recours au cas où quoi.***	TS	travaille seul et en équipe
EK*S			
12	***Le temps apporté à la personne est plus important déjà*** . Et, on a vraiment un temps imparti, consacré qu'à la personne. On court pas dans tous les sens même si on a, on a, par	T	le domlicile, de nouveau du temps pour le patient
16	*On a vraiment le temps imparti.* ***On a vraiment le temps de prendre le temps pour la personne, le temps du soin.***	T	du temps à domicile du temps pour la relation
18	***Ben, c'est important aussi pour qu'ils puissent, aussi, rester le plus longtemps possible à domicile et sur certaines dépendances parce qu'il y'a …***	OP	organisation du domicile pour le patient
171	q . Donc , bon, c'est pas, c'est pas le même travail. ***J' m'y retrouve encore, moi, parce que voilà, parce que j'ai le temps. Je vais chez le patient. J'me consacre qu'à lui quoi.***	T OP	organisation qui permet de se centrer que sur le patient et du temps
173	. ***Là , j'ai encore le temps parce que je vais chez chaque patient*** .	OP	organisation qui permet de se centrer que sur le patient
182	aussi, confronter. ***Parce qu' on est seule, quand même, à travailler. Donc, je peux comprendre la difficulté quand on sort de l'école, quand on a 25 ans, quand on a 20 ans.*** *On a peut-être besoin d'être entouré d'une équipe pour, aussi, pouvoir après, peut-être, être un plus indépendante et d'avoir pris de l'autonomie et de l'assurance aussi.*	TS	travaille seule à domicile
184	quand même. ***Même si on a une équipe autour, on est seule chez le patient donc il faut quand même avoir la tête sur les épaules aussi quoi.***	TS	travaille seule à domicile
187	***Ben oui. D'être autonome , d'avoir cette autonomie à dire*** « voilà, je suis seule, il faut qu'j'arrive à utiliser le matériel seule, il faut qu' j'arrive… » Ben voilà, tout ça hein.	AP	As à domicile, autonome et responsable
229	Et à domicile, on a cette chance. On n'en est pas rendu là et j'espère ne pas en arriver là. C'est surtout ça , J'espère ne pas en arriver là même si parfois c'est difficile hein. C'est pas toujours simple non plus à domicile mais on a encore cette liberté d'avoir un peu, d'avoir du temps quand même. Encore cette liberté même si parfois il manque de moyens mais on a encore cette liberté.	AP	liberté et du temps à domicile
EL*S			
42	*J'avais pris un rythme d'être à l'écoute des personnes,* ***avoir le temps pour les personnes,*** *qu'on a plus à l'hôpital et est en maison de retraite.*	T	du temps pour écouter à domicile
44	Non. On est quand même très limité et qu'euh voilà. ***moi je trouve qu'à domicile on n'a pas de limite de temps s'il faut qu'on y soit 45 minutes une heure .Y'a pas de souci, on passera ce temps là pour la personne.***	T	du temps à domicile du temps pour la relation
100	Oui a domicile on se retrouve à changer des stomies parce que voilà on dit bon bah si l'infirmière, on sait qu'elle est déjà débordé ou qu'elle va pas avoir le temps, de forcément passer tout de suite. bon ben si c'est pas compliqué on le fait. si on connaît bien la personne. Moi ça m'est déjà arrivé de le faire pour certaines stomies ou euh de remettre des bandes parce que l'infirmière est débordé, elle va pas passer avant une heure ou deux donc euh. pour aider et voilà.	GT	glissement de tâches déjà effectif
113	***Euh on prend un peu plus de temps pour discuter euh peut-être boire un café, échangé sur ce qui va , ce qui va pas.***	T	Le lien social et temps important au domicile
EB*S			
22	C'est vrai qu'ça peut être plus ou moins euh… important donc euh… (silence) *selon euh… les ind'… voilà les, les patients que nous avons, ils demandent plus ou moins de euh… (réflexion) de* ***temps à leur consacrer selon euh… leur dépendance.***	T	du temps en fonction du patient
100	*.* ***C'est… y'a quand même une certaine autonomie hein, au niveau du travail euh… de l'aide-soignant à domicile…***	AP	l'autonomie de l'as à domicile
110	***voilà, on a quand même cette euh… cette liberté*** *! (rires)*	AP	l'autonomie de l'as à domicile
253	Euh… donc euh… **nous, on a la possibilité quand même de prendre en charge le patient avec le temps qu'il faut eu***h… pour euh… pour réaliser euh… les soins, même si tou, tout est calculé entre*	T	A domicile le temps de prendre en charge le patient
296	Tout ça, ***l'organisation va être faite selon aussi euh… l'état euh… et les moyens de la personne pour se lever seule, pour euh*** *… se chang'… pour euh voilà se changer, si elle a besoin d'être changée, si elle est souillée.*	OP	organisation centrée sur le patient
198	Les patients se retrouvent entre eux. Euh… dans cette période-là. Alors après qui vient qui veut. *Et nous assurons en plus le transport de ceux qui… ont besoin.*	ANIM	As assure le transport pour les fêtes
200	Parce que tout le monde n'a pas la possibilité de venir avec son conjoint. Donc euh… v***oilà y'a un véhicule de transport à l'ADMR de X pour euh… qui est réservé pour ce jour-là pour nos patients,***	ANIM	As assure le transport pour les fêtes

Offre « Sociale » : MS

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EM*SP		
170	***Comme un métier qui est pas très reconnu disons*** . [Rire]	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
173	Alors, je… Je crois pas que ça soit qu'à domicile. ***Je pense que l'aide-soignante, en général, on est là que vous lavez des fesses, mais non pas que*** . *[Rire] Mais je pense que voilà, c'est une vision…*	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
175	Bah oui. Les copains, *c'est vrai que j'ai souvent* ***« Bah tu laves des fesses »*** **ou « tu prends le café »**. Ouais, mais pas que quand même. [Rire]	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
	EC*SP		
35	*il durera une heure ou deux heures* alors qu'en structure on le sait pertinemment qu'on ne peut pas, c'est qu'on ne veut pas, c'est qu'on ne peut pas . Voilà c'est, on n'y peut rien .c'est comme ça. Voilà c'est ça qui qui est complètement différent	CF	le temps au domicile contrairement en ehpad car manque de personnel
44	Bah je me suis retrouvée en ehpad, des fois , retrouvée à faire 12 toilette le matin, 12 toilettes entre 7 heures et 11 heures et demie . Tandis qu'à domicile si on en a 6 c'est le maximum.. quoi… 6,7 parce que voilà sept c'est vraiment s'il y a des toilettes toute simple mais voilà on va pas au de ça donc ouais c'est vrai que *c'est quand même différent et on prend le temps on apprend à prendre le temps*	CF	manque de personnel en structure le temps à domicile
51	Euh ….Ce que je veux dire par là c'est que en structure euh… on le sait pertinemment que un soin c'est à l'est dix minutes un quart d'heure. si c'est une douche on peut aller à 30 minutes.	CF	maltraitance institutionelle
171	*tu as tant de temps pour t'occuper de tout le monde et tu te débrouilles.* bah ça fait quand même une sacré marge entre ce que j'avais appris en formation ou il fallait que je prenne le temps, qu'il fallait que j'aille dans la stimulation. Et que je me retrouve à voir un couloir, où *je dois passer 10 minutes par personn* e. Là ça a été vraiment, euh, hyper compliqué pour moi.	CF	manque de temps en structure
187	Ben, du coup sûr le fait de d'avoir énormément de toilettes à faire le matin, sur le fait d'être euh dans la *maltraitance institutionnelle* . *Ces choses qui sont très difficiles à vivre un peu en tant que soignant* . Ce dire que si on reste dans la structure, qu'on voit tout ce qui se passe, c'est que ben, si on n'est pas d'accord, on doit partir. C'est pas évident de prendre cette décision là. de ne pas rester à un endroit…	CF	maltraitance institutionelle en EHPAD conflit avec son projet identitaire
193	Bah malheureusement oui, *parce qu'on n'est pas forcément entendu* . C'est terrible pour un cadre de dire, j'ai pu l'exprimer quand je vous ai dit que… La cadre, ma dernière cadre, c'est que j'ai pointé du doigt des choses qui n'allaient pas en proposant d'autres choses, mais clairement ça ne lui plaisait pas. C'est difficile de dire à une cadre, bas là, c'est plus possible il faut, il faudrait trouver autre chose. *On ne peut pas continuer de travailler dans des conditions comme ça. Et qu'on nous réponde : « bah si t'es pas content tu peux partir . Il y a aucun problème, si c'est pas toi ce sera une qui fera t'on travail » donc euh, t'es qu'un pion. hum*	SB	absence de prise en compte de la parole de l'AS à l'hôpital manque de moyens à l'hôpital
102	***il a été un peu considéré métier poubelle.*** *Désolé, je suis un peu mais Cru.* Euh Ben « tu sais pas quoi faire ?[,,,]. ***Où parfois, on peut avoir une image très négative :OF « t'occupes du pipi caca. C'est pas ! tu voulais pas faire autre chose comme métiers »*** « bas devient infirmière ». y***'a toujours cette comparaison de…c'est une métiers low cost.*** C'est un petit peu mais non, c'est vraiment un métier. *oui y'a du soin, très intéressant d'ailleurs. J*	SB	un métier "sale boulot" un métier "low cost" conflit de reconnaissance du métier
159	et euh tout le temps, tout le temps ils nous disaient : « ***vous n'êtes pas des moutons c'est à vous de faire changer les mentalités*** ». [,,,] *Et je pense qu'en fait, avec des promos comme la nôtre,* ***ce qu'ils voulaient, c'était qu'on bouge les mentalités et que*** **. Et vraiment on a, ils nous ont vraiment fait intégrer ça, qu'il fallait qu'on change les mentalités, que les formations évoluaient et que…**	SB	un métier "sale boulot" un métier "low cost" conflit de reconnaissance du métier
169	***Oui, il voulait vraiment justement qu'on bouge les mentalités en disant que fallait qu'on prenne le temps. Alors c'est pour ça que c'est un petit peu… Moi ça m'a un peu cassé le nez.*** Parce que on m'apprenait à prendre mon temps, à, à vraiment intégré la personne voilà dans son contexte, de euh.. Qu'est ce qu'on faisait d'autres ? Vraiment selon l'humanitude, fin vraiment. *Mais sauf que quand on arrive en jeunes professionnels dans une structure où on nous dit bah voila tu as un couloir entier.*	CF	conflit avec la réalité du terrain
172	.Et *en fait ils voulaient «* ***qu'on soit pas des moutons*** *»* . ***Que justement, que dans ces structures là on puisse ouvrir notre bouche, en disant : « non, mais ça c'est plus possible ! On peut pas travailler dans des conditions comme ça ». Je pense que c'est ça qu'il voulait qu'on fasse. qu'on pointe du doigt en fait quand il y avait dès, que c'était pas possible.*** J'ai pu le faire à certains endroits. J'ai pas pu le faire partout mais qu'on pointe du doigt justement les difficultés qu'on puisse avoir.	CF	conflit avec la réalité du terrain

MS suite :

179	. ***En théorie on peut pas toujours le faire et ça c'était la grande…Je pense que c'est ça un petit peu qui à un moment donné,*** *j'vois sur plusieurs amis qui sont aide-soignante qui ont un peu abandonner ce métier là* ***.c'est parce que je pense qu'à un moment donné la réalité nous a rattrapés et qu'on s'est rendu compte, que, ce n'est pas un, c'est un peu du rêve en fait qu'on nous avait envoyé un moment don*** *né.*	CF	conflit avec la réalité du terrain
197	. ***On était plusieurs à oser dire les choses, à pointé du doigt ce qui n'allait pas. On était tellement une minorité que, c'est toujours pareil, au jour, d'aujourd'hui.***	CF	conflit avec la réalité du terrain
202	***Enfin c'est compliqué, enfin quand on est…qu'on à des enfants une maison et que de se dire, bah voilà, on va être obligé de partir de cet endroit là*** . [,,,]. ***Mais moi, je ne me vois pas travailler dans n'importe quelles conditions quoi. Ce sont des êtres humains*** . *[,,,]* ***Et euh, C'est très, très difficile. Ces des situations réelle mais qui sont difficiles. Donc euh , hum. Jusqu'où, on est prêt à accepter notre métier en fait ? Et nos limites de notre métier, à défendre notre travail.***	CF	conflit avec la réalité du terrain
215	C'est ça et *la rentabilité. Quand la rentabilité, quand la rentabilité euh, on n'entend parler que de ça* . On sait pertinemment que derrière et bien le soin, reste du soin et au r*entre dans de la maltraitance* ***institutionnell*** *e. [,,,]* Eh là, je repense justement à ma formation d'aides-soignants : *«* ***on nous disait, vous n'êtes pas des moutons !» mais sauf que qu'est-ce qu'on peut faire quoi ? Pour faire changer cette mentalité en fait*** . Parce que les cadres, moi je les vus à l'hôpital, ***c'est horrible !***	CF	remise en question du fonctionnement économique : la rentabilité conflit projet de soi et projet d'autrui
219	***Et dans la rentabilité en fait, de dire c'est une entreprise. [,,,]*** Et pourtant c'est bien la réalité. On est en train de… *J'ai entendu, des chirurgiens dire, « je vais faire mon marché » ! Pour voir qui allait, quel patient allait coûter le plus cher dans son service, pour avoir le maximum d'argent. C'est, c'est épouvantable ! Et pourtant pareil, c'est ce qui se passe quoi !* C'est euh, prendre, en USLD, j'ai vu des, des personnes rentrées en disant mais c'est trop bien, elle coûte cher quoi, elle a une gastrostomie. C***a nous rapporte un max de d'argent. Voilà, comment on parle dans les services. C'est, c'est terrible ! C'est voilà , oh y'a une trachéo, ça nous rapporte de l'argent, il y a des soins à faire, c'est terrible ! Hum***	CF	conflit avec la réalité du terrain
372	***Ah ouais, il se transforme et pas forcément positivement euh. de par la nouvelle formation là qui sortent, alors soit ils parlent d'écourter la formation d'aide-soignante ou le nouveau diplôme, je ne sais plus comment il s'appelle.*** Ou euh, issus, une auxiliaire de vie diplômées d'état enfin, je sais plus	CFF	revendique la formation initiale AS
373	***On a quand même des compétences qu'on a acquis, enfin. On, on peut pas devenir aide soignante comme ça c'est.*** **Pour moi, c'est vraiment dommage. C'est, je trouve qu'on a.** ***J'arrive pas à comprendre, pourquoi on veut passer sur un diplôme low cost en se disant que, qu'il suffit de passer un module différents et paf on aide soignante quoi.*** *Bah non, enfin, il y'a quand même des compétences à acquérir.*	CFF	revendique la formation initiale AS
374	***Ça, ça m'énerve ! ça m'énerve ! C'est comme les, c'est comme les , les comment les CAP, les CAP BEP SAPAT. où ils valident des modules aides-soignants euh, durant leur stage. C'est pas possible ! Je et après elles rentrent en école d'aide-soignante elles valident les quatre modules qui leur restent et bing elles sont aides-soignantes*** . Enfin non ! non ! Enfin, j'ai rien contre ces personnes qui le font attention. J	CFF	revendique la formation initiale AS
376	***C'est non. On n'est pas un métier low-cost et c'est pas parce que. il faut garder je pense ses compétences et faux pas euh. Déjà la formation de base a été réduite d'un an à 10 mois.*** C'est déjà beaucoup. *Faut pas la réduire plus. Il y a tellement de compétences à acquérir.*	CFF	revendique la formation initiale AS
383	***Il y a pas longtemps qui m'a dit : « je ne sais toujours pas les, les gestes de, de premiers secours. Donc si une personnes s'étouffe, je fais quoi ». Ah ben ouais (rire) c'est ballot ! Sachant que cette même personne donne à manger régulièrement aux patients ! Et là on se dit, ah ouais on en est là quoi !*** [,,,]Une auxiliaire de vie peut complètement par exemple paniquer, si elle ne sait pas le pourquoi du comment. il ya quand même des surveillances qui, qui auquel il faut quand même faire attention. donc ouais non ça me.	CF	conflit avec la réalité du terrain
168	Euh, en fait il voulait vraiment qu'on apprenne à… ***Déjà à considérer le patient, comme, ben voilà, qui soit vraiment le centre du soin et que ça soit pas, euh. Enfin voilà, qu'on écoute le patient et que on l'intègre dans le soin. Donc c'était vraiment voilà qu'on ait tout de suite du contact, qu'on le regarde, le toucher aussi. Pour eux, c'était très important. Qu'on ai vraiment un toucher. Qu'on soit pas vraiment dans le soin, en disant allez hop. On arrive, je te fais çà, çà çà. Allez hop, le soin est bâclé, on passe au suivant.***	CF	conflit avec la réalité du terrain
387	***c'est parce qu'il ya des choses qu'on ne peut pas, pas passer à côté de ce à quoi. On peut pas écourter les formations au départ,il faut pas quoi. bientôt la formation d'infirmier ça sera un six mois. Non ! C'est non ! mais c'est pas possible ! C'est pas possible ! et on va mettre en danger nos, les patients. on l'a v*** u.	CFF	revendique la formation initiale AS
	EA*SP		
34	Voilà. Après ben, les conditions de travail euh ! Ben, c'est vrai quand structure, la nuit, enfin moi, j'faisais 21h-5h, 2 pour 154. Là aussi, j'trouvais qu'c'était un peu inhumain parc'que c'était un peu limite. Bon maint'nant, ça évolué parc'que, surtout dans cette maison d'retraite où j'étais parc'qu'ils ont un centre pour les personnes Alzheimer. Donc, elles sont 3 la nuit, mais bon.ça reste encore un peu limite *mais on en revient un peu partout pareil. Le manque de personnel, manque d'aide-soignant.* Pourtant j'comprends pas parc'que dans les écoles y'en a qui sont formé tous les ans. Après je n'sais pas où ils partent travailler *puisque en maison d'retraite y'a beaucoup, enfin, ça manque*	CF	un manque d'aide-soignant sur le marché du travail qui rend inhumain les pec
36	Bon après, *c'est pt'être les conditions d'travail qui font que les futures aides-soignantes ou les nouvelles aides-soignantes ont pas envie d'y venir travailler.*	CF	explication du manque d'AS
137	Oui et surtout, voil,à à la cadence. Oui, faut les pousser. On prend pas le temps d's'occuper vraiment d'eux quoi. Alors que, voilà, une personne âgée, pour quelqu'un qu'arrive en fin d'vie, elle devrait plutôt être bichonnée plutôt que d'être bousculée.	CF	oragnisation centrée sur la personne est nécessaire

XXX

MS suite :

139	Et moi, j'vous dis,qu'c'est un p'tit peu partout pareil. J'vois, mes parents sont actuellement en maison d'retraite et c'est aussi leur ressenti quoi. Le personnel, j'essaie justement de défendre, j' leurs dit : « ben, vous savez, elles ont pas l'choix. *Elles sont bousculées. Elles sont pas assez. Y'en a qui sont parties à la retraite et qui on pas été remplacées. »* Et voilà, il faut que tout le monde… ça toilette soit faîte. Il faut, qu'au moment des repas tout le monde est eu à manger. Donc dès fois , elles ont pas l'temps de s'occuper vraiment bien à fond des personnes.	CF	manque de personnel en structure
141	Donc c'est, quelque part c*'est quand même pas humain.*	CF	prise en charge inhumaine par manque de personnel
109	***Voilà, après quand on entend parler, alors ça moi j'espère qu'ils vont pas l'faire. Qu'au lieu d'former des aides-soignantes parc'que ça manque d'aides soignantes, ils veulent former des aides-soigantes en 15 jours. J'veux dire , comment on peut former une aide-soignante en 15 jours.*** **J'dis, nous alors, moi j'ai fait ma formation en 1 an. Ben …même maint'nant ,** ***quand j'vois qu'on a des stagiaires qui font que certains modules alors qu'elles font pas toute la formation, j'me dis, j'sais pas, il doit bien quand même manquer quelque chose dans la formation quoi.***	CFF	une formation AS revu à la baisse, négociation reconnaissance du métier
145	Bon voilà, après, je sais, ***c'est vrai qu'on est en bas d'l'échelle par rapport à l' infirmière, au médecin et tout l'tralala. Y'a des choses qu'autrefois on faisait en tant qu'aide-soignante*** .[,,,].. ***Donc, c'est vraiment nous enlever des choses heu… Après, les infirmières, elles veulent faire aussi plus donc elles nous enlèvent, à nous. Mais des fois, c'est vraiment nous mettre en bas de l'échelle.***	CF	conflit avec la délégation de tâche plus structurée aujourd'hui
147	Oui. ***Ben voilà, c'est nous enlever des choses, des tâches qu'on faisait aut'fois quoi.***	CF	négociation identitaire
	EH*SP		
38	… voilà, les conditions en maison de retraite c'est vraiment, oui, du travail à la chaine.	CF	travail à la chaine en ehpad
128	Beh, ffff, c'est fff une, ouai l'ambiance est différente, parce que déjà, on prend moins de temps avec eux donc il ses sentent un peu plus seul. Même si, en plus ca tourne beaucoup les équipes. Je sais pas ; Pour moi c'est pas la même chose c'est vraiment deux ambiances différentes et deux (…), deux parties différentes quoi.	CF	ambiance différente les équipes qui changent
241	*On parle,* ***dernièrement j'ai trouvé qu'on parlait de plus en plus des aides soignantes à domicile, de par la conjoncture actuelle. Mais donc peut-être que c'est en train de se mettre en place. J'espère qu'on va être, un petit peu plus, un petit plus, reconnu et qu'il y aura plus de choses faites pour nous, ouai.***	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
243	: Beh, disons que, ***il y ait plus de monde qui se rende compte du travail que l'on fait également à domicile et qui va également avec la reconnaissance salariale,*** oui.	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
232	Identité du métier, heu non, après heu ; ***c e qui serait bien c'est qu'à domicile on soi un petit peu plus revaloriser, en fait. Niveau salaire, mais bon ça après. Ca dépend pas de nous.*** Mais bon.	€	AS à domicile manque de revalorisation sur le plan financier
234	ouais. (…) c'est vrai que bon, à domicile on n'est pas payé extrêmement chère par rapport à des filles qui bossent en structure ou en hôpitaux. ***Alors que, voilà, on dit qu'on est indispensable mais à côté de ça on n'a pas forcément, de ce côté-là, beaucoup de reconnaissance.***	€	AS à domicile manque de revalorisation sur le plan financier
253	***On à pas forcément d'aide plus que ça, on à pas voilà, de, le salaire va pas avec ce qu'on*** **, … voilà quoi. Avec ce qu'on fait et quand même pas là.**	€	AS à domicile manque de revalorisation sur le plan financier
250	Bah heu, *la vision actuellement, heuu (...) disons qu'on se rend, voilà, c'est ce que je dis,* ***on se rend compte que, oui, on a besoin du personnel à domicile, mais voilà, c'est tout. On se rend compte qu'on à besoin. Mais à côté de ça il n'y a pas grand chose de fait quoi.***	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
	EV*SP		
9	Après j'ai recommencé en maison de retraite. Là du coup ça correspondait tout à fait à mes attentes parce que, *bah au niveau du résident je trouvais qu'on respectait son rythme, qu'on respectait ses souhaits et tout ça.* Mais c'est au niveau planning après que ça peut pas trop trop coller. Donc là de nouveau je suis parti. On travaillait 3 weekends sur 4 en tant que contractuel.	CF	respect du résident planning qui ne respecte pas la vie privée de l'AS
12	Que moi, à l'âge où je suis, enfin j'ai pu trop besoin de la prime du dimanche et puis enfin j'ai une vie à côté. J'ai préféré laisser tomber aussi. Et donc après j'ai recommencé à faire du domicile euh, donc près de chez moi la à [ville]. Donc là c'était juste un remplacement et là je me suis rendu compte que	CF	planning qui ne respecte pas la vie privée de l'AS
445	En plus, ben ***c'est un souhait du gouvernement que les gens restent chez eux le plus longtemps possible.*** D'ailleurs on se rend compte que dans les maisons de retraite c'est qui n'a pas suivi d'ailleurs. C'est que les gens ils rentrent en maison de retraite limite ils sont grabataires. Alors qu'avant c'était pas ça. Donc du coup ben, y'a une charge de travail qu'est supplémentaire qui n'a été anticipée. *Et c'est pour ça qu'il y'a des soucis dans les maisons de retraite* . Parce que les gens maintenant c'est des soins qui sont importants le matin. Alors qu'avant , ben c'était plus de l'accompagnement. Maintenant c'est vraiment de la prise en soin. Mais ça, ça pas été anticipée et je	CF	impact de la politique sur évolution du métier
472	Ben de l'estime de soi tout ça c'est important. Ben jvois y'a des petites mamie qui arrivent en maison de retraite elles étaient hyper coquette, hyper sophistiqué et le jour où elles arrivent en maison de retraite. Par manque de temps, on leur enlève plein de chose. C'est quand même dommage.	CF	conflit avec la réalité du terrain

MS suite :

349	Non, je pense pas. ***Honnêtement je pense pas. C'est vraiment certaines personnes dans un service.***	SB+	le "sale boulot" , vsion de certaines personnes mais pas un état d'esprit
367	***Bon après chez certaines, c'est quand même un tempérament.*** Mais euh, moi toutes les collègues que j'ai rencontré euh en médecine à [ville]. Euh, il y en a peut-être une qui avait cette optique là, là genre « non, non, moi je suis infirmière », les autres non, (silence)	SB+	le "sale boulot" , vsion de certaines personnes mais pas un état d'esprit
200	une infirmière. ***On a toujours, je pense à la tête de certaines personnes l'aide-soignant est en ba s , l'infirmière est en haut.*** *Et du coup ils écouteront mieux une infirmière ou un médecin.*	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
203	. ***Mais il y'a dans certaines, j'vois, chez les personnes âgées en l'occurrence et bien c'est le médecin qu'est, c'est le chef.***	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
341	***Parce que des fois les aides-soignante sont les relais un peu voilà tu fais tes toilettes et t'as pas besoin de savoir.*** J'ai eu cette situation là, à l'hôpital de [ville] où euh, j'ai commencé à poser des questions sur des choses et on m'a dit « mais écoute, mais de quoi tu te mêle, ça ne te concerne pas, de toutes façons tu n'as pas le droit de le faire». ***Ben je dis « je suis d'accord mais ça n'empêche pas de savoir »***	CF	conflit avec la réalité du terrain
343	Je vois sur, y'avait une équipe mobile de soins palliatifs. J'étais passé deux jours avec eux parce que ça m'intéressait. Quand je suis revenu, euh, j'étais en stage, j'étais pas diplômés . ***on m'a dit « mais attend, mais qu'est ce que tu as été faire là bas. De toute façon on n'appliquera jamais ce que t'as vu. » Après voilà quoi. Mais euh, parce que on me dit , « ben oui mais tu sais tu n'es qu'aide-soignante. T'es là pour nettoyer les gens, t'es pas là pour euh, t'es là pour leur donner à manger, t'es pas là pour eux »*** . Ben je suis pas d'accord, mon métier c'est pas que nettoyer les gens, c'est pas que leur donner à manger. c'est aussi m'intéresser à eux et savoir comment je peux les aider.	CF	conflit avec la réalité du terrain
346	. Enfin si à [ville], à l'hôpital de [ville], ***y'a une troisième année infirmière y'a longtemps, je me suis permise de la recadrer. Elle est sortie de la chambre, elle a entrouvert la porte me disant « dit donc tu peux venir mettre le bassin ». ben, je lui ai répondu gentiment « bah écoute ta première année, tu relis tes compétences et puis on en reparle »*** .	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
	EK*S		
43	parce que nous, on nous voit comme, heu.. une fois, ***y'a quelqu'un qui m'a dit : « vous, vous êtes les laveuses » (rire). Ça veut dire quoi, les laveuses ? (rire) Non, on n'est pas que des laveuses*** .	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
45	***Et c'est vrai qu'y en a qui considèrent notre métier, qui sont un peu écœurés par c' qu'on fait, écœurés parce qu'on va nettoyer les gens.*** Mais y'a pas que ça, c'est pas que ça. ***C'est pas que le côté à nettoyage et…J'veux dire, non, c'est leur apporter aussi autre chose.*** J'veux dire, c'est vrai qu' y en a qui ont du mal avec notre métier d'aide-soignante parc'que, ben voilà, on nettoie les... **Je vais être un peu vulgaire. Lorsque, je veux dire, les pipis et les cacas fait sur, on va nettoyer comme ça mais je veux dire, c'est pas que ça, c'est pas que ça, quoi.**	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
168	***Alors, il a évolué . Heu.. Alors, pas sur le , pas sur notre métier. Mais, il a évolué et je me rends compte quand même …Eh ben, j'ai l'impression qu'on devient comme dans une structure un peu, des fois. Parfois, il faut faire du chiffre. Il faut faire rentrer les gens. Il faut faire rentrer du monde pour que ça tourne , aussi, au niveau de l'associatio*** n .[,,,]Et j' me dis : « mais non, c'est pas ça que je veux, moi » . Et je voudrais pas qu'on en d'vienne à travailler, heu.. En d'viennent à travailler comme ca, quoi.	CF	conflit avec la réalité du terrain
215	Ah, oui, ***oui parce que, à l'hôpital, quand je vois, quand je vois comment ça se passe à l'hôpital… Parce que ce manque de moyens. Ce manque de moyens humains, aussi, qui est très important et on nous restreint tout ça. Et non, c'est pas possible parce qu'on ne peut plus donner une qualité de travail, je pense, à l'hôpital ou en structure, maintenant, actuellement. Il y a eu, il y a plus de qualité de travail. Il ne peut pas y en avoir, c'est pas possible, à cause de***	CF	conflit avec la réalité du terrain
65	***métiers de vocation*** et moi, pour moi, les métiers d'aide-soignant, c***'est un métier d'vocation.*** Une profession, moi je le dis, comme,.. Oui, parce que, je pense que, oui, il faut, ***il faut essayer de valoriser ce métier là parce que je pense que par moments, il est dévalorisé ce métier là.***	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
67	***Ouais, je pense qu'il y'a des gens qui le dévalorise, oui. Ils voient pas ça comme un métier valorisant j'pense, comme j'vous disais tout à l'heure, parce qu'on va nettoyer les gens*** . Pour moi, y'en a qui l'interprètent comme ça .	SB	conflit de reconnaissance du métier aux yeux du public
174	C***omme en structure, j'ai pas à répondre aux sonnette s, j'ai pas à donner le petit déj, j'ai pas à aller voir untel, à courir dans tous les sens quoi . Là , j'ai encore le temps parce que je vais chez chaque patient. J'ai encore du temps mais si on nous met huit à sept patients par matinée sur cinq heures de travail. Si on a huit patients plus la route, on s'y r'trouve pas.*** [,,,] On n'a pas le temps de parler avec la personne. On n'a plus de temps de… J' veux dire, heu.. Et les week-ends, c'est un peu ça, là .C'est un peu ça en ce moment, c'est.. Ça devient un peu lourd.	CF	manque de perssonnel récurrent moins de temps pour le patient
172	que là… Là, je vous dis, ***nous, on est en sous-effectif et bien, on est en sous-effectif parce qu'on a aussi, un manque de personnel.*** *Parce que voilà, c'est ça aussi, on est en manque de personnel donc en sous-effectif.* ***Donc, naturellement que les tournées vont être beaucoup plus chargées. Et bien, et bien, on se dit, on a beaucoup moins de temps chez les Patients.*** **Et des fois, je me dis : « mais mince, j'me retrouve en structure » .J' me dis : « mince , c'est pas ça qu' je veux ».**	CF	manque de perssonnel récurrent moins de temps pour le patient
13	***Donc j'ai exercé en EHPAD. Au départ, quand je suis sorti de l'école, j'ai exercé en EHPAD . Donc, heu…C'était un métier, c'est ça qui m' convenait et au fil du temps ça me convenait plus du tout d'exercer en EHPAD.*** C'était devenu assez compliqué. C'était pour moi.. ***Je m' retrouvais plus dans c' que j'avais appris, en fait, dans ma fonction d'aide-soignante. Je m'retrouvais plus. C'était un travail à la chaîne.*** C'était un travail...Heu…J'avais l'impression de ***devenir maltraitante sans le vouloir*** . C'est.. J***'dis vraiment mon ressenti. J'avais vraiment l'impression que vous n'êtes pas très tendres et je m'retrouvais plus du tout dans ce que je faisais. Je me disais « c'est pas ça. C'est pas ça mon métier. L' métier qu' j'ai choisi, c'est pas ça ».*** Donc, je me suis dirigée vers le métier d'aide-soignante à domicile parc'qu'en sortant d'l'école, c'est ce que je voulais faire, aide-soignante à domicile. Mais c'était... Mais, il fallait quand même, avant, me former en milieu, être accompagnée quand même, au début, en sortant de l'école. Avoir des repères, des bases parce que voilà. Et mais après, je…. Voilà, donc …Donc, j'ai pu avoir l'opportunité de… J'ai eu un poste donc. Donc, c'était super. Quand j'ai commencé à… Même encore là, moi, je m' retrouve. Je suis donc mon élément là, à domicile parce que, voilà. ***Le temps apporté à la personne est plus important déjà*** . Et, on a vraiment un temps imparti, consacré qu'à la personne. On court pas dans tous les sens même si	CF	un investissement affectif un projet en lien avec son histoire personnelle des conditions de travail en ehpad qui ne permettent plus de concilier son projet pro "pour soi" maltraitance institutionnelle le domicile, de nouveau du temps pour le patient

MS suite :

24	Alors, ouais alors, pourquoi je m'y trouvais plus là. Lorsque, c'est c'que j' vous disais. Pas le temps avec les passes, les patients, pas du tout le temps. *On passe d'une chambre à une autre. On court dans tous les sens. On a l'impression de même plus voir les patients.* Moi, c'était ça J'avais	CF	à l'ehapd du travail à la chaine
26	Voilà, c'était un travail à la chaîne. Les repas, heu.. C'était surtout le soir. Bon le midi encore ça allait parce que des gens se retrouvent en…beaucoup d'gens se retrouvent en salle le	CF	à l'ehapd du travail à la chaine
27	midi mais le soir on avait des personnes à faire manger en chambre et. *Mais moi, j'avais l'impression de les gaver.* On était que deux personnes, à peut-être, s'occuper de 10 patients en un temps imparti. *Et j'avais l'impression qu'ça devenait du gave.* Moi, je dis ça comme ça. C'est mes mots à moi. *Du gavage, mais c'est pas possible.* C'est pas ça. C'est pas ça, s'occuper des gens. C'est pas… *C'est pas comme ça qu' j'aime m'occuper des personnes. Non, ça devenait traumatisant pour moi et… E* t je me disais je deviens maltraitante sans le vouloir hein. Parc'que c' était, *ben voilà , manque de personnel ..heu, un manque de personnel, heu..Un manque de personnel, de toutes façons, on n'était pas assez.* Et du coup, il faut être sur tous les fronts mais c'est pas possible. Ça d'venait impossible. En fait, c'était ça, de plus avoir ce temps, ce temps pour le patient et faire du n'importe quoi. *Pour moi, c'était du n'importe quoi. Ça d'venait du n'importe quoi.* Donc voilà. Heu…De plus voir les personnes. En fait, de plus les considérer. C'était plus une considération...Heu… C'était plus. Heu.. Il	CF	maltraitance institutionnelle manque de personnel conflit avec le projet pour soi
29	fallait faire ce travail là et voilà. *Et donc moi, ce n'était pas comme ça que je voulais travailler. C'était pas ça quand j'suis sortie d' l'école* . Moi, c'était prendre le temps. Heu…	CF	évolution négative des CT en ehpad
193	structure, avec tout ce qu'on entend, c'est vrai, qu' on en demande beaucoup en structure. *Cest des heures et des heures de travail et je vous dis… Et avec un manque de personnel.* Alors ça fait peur. Et à domicile , pourquoi on a du mal à recruter, c'est ça qu'vous m'avez d'mander ?	CF	manque de personnel
216	Ah, oui, ***oui parce que, à l'hôpital, quand je vois, quand je vois comment ça se passe à l'hôpital… Parce que ce manque de moyens. Ce manque de moyens humains, aussi, qui est très important et on nous restreint tout ça. Et non, c'est pas possible parce qu'on ne peut plus donner une qualité de travail, je pense, à l'hôpital ou en structure, maintenant, actuellement. Il y a eu, il y a plus de qualité de travail. Il ne peut pas y en avoir, c'est pas possible, à cause de***	CF	manque de moyens qui se répercute sur la qualité des soins
217	ce manque de moyens humains . *On nous enlève, on nous enlève du personnel en continu mais c'est pas possible d'enlever ce personnel. Et malheureusement, c'est.. Ça va pas aller en s'arrangeant j'ai l'impression. Donc , c'est pour ça aussi. Il y a les deux.*	CF	manque de personnel
224	Complètement ,oui, c'est ça. C'est ça. *Pas avoir le temps, le temps… Pas avoir le temps avec le patient* et ouais voilà. Bah oui et on le voit aussi . Moi, j'ai été hospitalisée. j'ai eu plusieurs	CF	manque de temps en structure
198	***Je ne sais pas si elles ont envie avec ce manque parce qu'on nous donne plus les moyens. Et je pense que, aussi, hé bien, les gens n'ont plus envie de devenir aide-soignante quoi***	CF	un manque de moyens qui impacte la motivation pour faire ce métier
202	*Un moment donné, et je peux comprendre que ça donne pas envie de devenir aide-soignante. Ça donne plus envie quoi.*	CF	un manque de moyens qui impacte la motivation pour faire ce métier
161	C'est ça , cette évolution là. En fait, j'me rends compte qu'il y a de moins en moins de personnes qui veulent venir travailler à domicile et que …*Et peut-être aussi parce que le salaire n'est pas aussi important qu'en structure naturellement. Et moi ça, ça me fait peur* . Ça me fait peur. J'ai vu cette évolution y'a quelques années et puis là, depuis que je suis ici, ben, c'est vrai qu' on a beaucoup de mal à recruter en CDI. C'est compliqué le recrutement Les jeunes quand elles sortent de l'école, elles veulent pas spécialement… Après je peux l'entendre, hein. Venir travailler à domicile,	CF	un métier à domicile pas revalorisé sur le plan du salaire
163	***Oui, c'est vrai que, on n'est pas énormément payé. C'est pour ça que je me dis, on fait ce travail là mais, on l'fait vraiment pas pour le salaire parce que…*** .Par rapport, moi qui ai travaillé en EHPAD,	CF	salaire bas car temps partiel
	EG*S		
504	E***t c'est vrai qu'oui, c'est vrai qu'au niveau salaire on n'est pas valorisé par contre au niveau qualité de soin, qualité de vie, on est p't-êt'e gagnantes après*** . *Bah moi personnellement j'm'y*	CF	une meilleure qualité de vie et de soin contre un moindre salaire
490	j***'trouve que après euh c'qu'on est c'qu'on… Où qu'on n'est pas valorisé c'est au niveau salaire*** . *Bon faut p't-êt'e pas qu'j'le dise mais euh…*	CF	négociation salariale pour une meilleure reconnaissance
	EL*S		
41	*Le rythme qu'euh. J'avais pris un rythme d'être à l'écoute des personnes, avoir le temps pour les personnes, qu'on a plus à l'hôpital et est en maison de retraite.*	CF	du temps pour écouter à domicile un rythme différent à domicile

Offre « Cognitive » : MC

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
	EN*SP		
80	**Actuellement,** ***on est référentes, on a des patients en référence...***	R	référence patient , autonomie pratique
224	C'est pas à ce point là. ***C'est pour ça que ça change le métier aussi. Y a pas de mal faire parce que, des fois, y a pas de douche, des fois tu vas laver avec des bassines, des fois tu vas laver, euh… t'as pas toujours ce qu'il te faut à domicile quoi.***	A	adaptation du domicile
226	Je veux dire, ***tu as une adaptation à la situation. Et ça, faut avoir une capacité d'adaptation bien évoluée hein.***	A	adaptation du domicile
231	***aussi beaucoup, sur le fait d'une capacité d'adaptation face à chaque situation*** . C'est pas évident-évident quoi.	A	adaptation au lieu de vie et à la personne
A	***De l'adaptation toujours.***	A	adaptation
263	A***h, euh, oui, oui, oui. C'est de l'adaptation toujours.*** Je te dirais que y a des situations, c'est pour ça que la psychologie intervient...	A	adaptation au lieu de vie et à la personne

MC suite :

	EM*SP		
58	***on a le temps de discuter, de se poser* . Des fois, on prend des cafés, on a le temps, on a complètement une autre relation que… *Je veux dire, on est chez eux, donc déjà la relation, eu* h…**	RP	une autre relation lié au domicile
17	Alors là, on a… Moi, hier, j'ai été faire le premier rendez-vous avec le monsieur qu'on prend en charge le matin, et sa femme, et en fait on a appris que donc lui a fait un AVC, plusieurs AVC.[,,,]***En fait, c'est une autre approche, et une autre vision aussi, de voir les gens. Parce qu'on se fait forcément des représentations, etc. Et, en fait, ben là on a su aussi qu'il faisait du kiné, et qu'il faisait quelques pas avec le kiné, alors que nous on a un verticalisateur. [Rire] Donc c'est plein de petites choses en fait qu'on apprend et ça nous aide en fait après dans le soin aussi. Du coup, c'est les deux qui font qu'on prend au mieux en charge la personne.***	PEC	action de prévention et prise en charge complète
13	Euh, oui, donc ça vient juste de commencer, *donc on fait déjà un premier rendez-vous avec la personne et, si c'est possible, un membre de la famille,* ***pour vraiment connaître son histoire de vie, ses habitudes de vie aussi, ce qu'il aimait faire comme activité, pour au mieux en fait répondre à ses besoins.*** Et, comment dire ça, ça permet de… de diversifier aussi notre approche, parce qu'on a pas du tout les mêmes pendants de soins que pendant une activité, et eux ne sont pas les mêmes aussi forcément.	HAB	action de prévention et prise en charge complète
36	***C'est ça, au maximum. Au moins les connaître et mettre en place, euh… C'est que la famille aussi est important, parce que les personnes qui ne peuvent pas forcément parler, c'est important de savoir, comment ils ont vécu, comment…***	HAB	le recueil de donnée pour une pec globale patient+ famille
177	« Eh beh, viens avec moi une journée, et on verra si c'est que... » [Rire] ***Des fois, un café est beaucoup plus important qu'un soin, une toilette quoi*** . *Des fois, ils ont juste besoin de parle* r, et d'être lavés ils s'en foutent un peu quoi.	RP	la relation est primordiale
	EC*SP		
32	***on est chez la personne c'est à dire qu'il faut que notre soin s'intègre à la vie quotidienne de la personne et non l inverse*** .[,,,] ***que à domicile c'est la personne qui nous recadre dans, dans sa vie dans, dans voilà dans tout ce qu'elle vit et du coup notre soin doit doit se faire voilà en prenant en compte vraiment toute la personne tout l'entourage toute la famill*** *e.*	HAB A	adaptation++ et habitudes de vie
52	**et *c'est vrai au jour d'aujourd'hui bah si je mets une heure et ben je suis très contente (rire) parce que voilà j'ai pris le temps et euh ben oui faire une, aider une personne à prendre sa douche en une heure et ben c'est la réalité en fait. donc voilà. c'est les bichonner, c'est discuter, c'est tout ça. C'est ça fait parti du travail. Hum.***	PS	le prendre soin et la relation
61	**. Si une personne n'a pas envie de faire sa toilette mais si elle a juste envie de parler eh ben c'est déjà du soin. *C'est s'asseoir à côté d'eux, prendre un café. ça peut paraître bizarre mais c'est ça aussi le soin .***	PS	Prendre soin de l'autre
124	Hum. Parce que, ***il peut y avoir des situations vraiment très précaires ou le maintien à domicile est plus que limite*** . [,,,]***Voilà c'est des situations, voilà, qui peuvent être très compliqué où vous vous enfin ouais. je pense à ça mais ça peut être d'autres situations. et c'est vrai que c'est très, très, très, précaire ou la personne elle est à domicile et qu'on voit que c'est plus possible et bien notre travail est très très compliqué donc voilà. Et hum…***	C	situation complexe du patient et difficulté du travail à domicile
231	C'est rester à domicile donc euh, ***on les accompagne aussi là dedans* . Hum. *Donc euh, faut pas non plus que la maison se transforme en, dans, à un hôpital mais, on est obligés d'adapter quand même pour que ce soit facile pour nous et que, on se blesse pas. Hum***	A	adaptation du lieu de vie à domicile accompagnement de la personne qui en résulte
336	. *C'est pour ça que ouais. J* ***e trouve qu'a domicile. Et enfin, en structure je ne, je n'avais pas toutes ces notions la, que j'ai pu apprendre du coup après à domicile.***	AP	le lieu (domicile) impacte les connaissances des différents acteurs pour AS
	EA*SP		
28	***Bon après, c'est vrai qu'être à domicile, faut savoir s'adapter et gérer aussi son temps parce que, ben ! on est toute seule, c'est pas toujours évident des fois.*** L	A	aimer son autre, respect,écoute adaptation car travailler seule
40	***Donc notre travai,l même si ça reste toujours des toilettes , des levers ou des couchers le soir, ben ! du fait qu'on va, nous, chez différentes personnes et chaque personne est différente ,ben*** *! ça reste quand même un travail varié quoi.*	ND	travail varié à domicile du fait de l'environnement
43	***Et plus ça va, plus on en fait du relationnel parc'que maint'nant on arrive à avoir à domicile tout type de personne .***	RP	la relation est primordiale dans le soin
49	*B* ***en, comme j'vous dis justement, du relationnel puis des fois c'est aussi aider et accompagner des aidants parc'que nous on prend en charge une personne mais souvent c'est l'aidant qui fatigue et malheureusement qui part avant donc il faut prendre soin aussi des aidants*** **donc des fois, ben** ! leur donner des conseils, leur dire,ben ! de souffler que nous, on vient pour les aider donc qu'ils profitent de ce moment là pour eux, souffler.	PS	le relationnel est important dans le métier pour la personne et pour la relation de confiance avec l'aidant
61	Oui voilà. ***C'est sûr qu'à domicile on va, on va s'occuper, faire aussi attention à l'aidant*** .	PS	prendre soin de l'aidant
85	*Enfin, pour moi,* ***la relation à domicile, elle est vraiment enrichissante. On peut parler. Y'a des gens d'ailleurs, si on prend pas l'café, d'ailleurs,*** *c'est pour ça qu'j'ai une petite anecdote . Je m'suis mis à aimer l'café ,c'est depuis qu'je travaille à domicile. V*	RP	le temps du café , important dans la pec

MC suite :

EG*S			
490	Et pis euh…voilà, ***après on est seule donc on, on prend pas d'décision attention, mais on soumet des choses et euh*** … j'trouve que après euh c'qu'on est c'qu'on… Où qu'*on n'est pas valorisé c'est au niveau salaire. Bon faut p't-êt'e pas qu'j'le dise mais euh…*	P	organisation qui fait que l'AS peut plus facilement soumettre des éléments
761	Et on …***j'veux dire on a un regard très important.***	RE	le regard de l'as est primordial à
859	***Mais euh… faut… avoir une expérience quand même. Pour venir à domicile faut avoir quand même un petite expérience professionnelle. Parc'qu'on peut être face à des situations euh…***	C	expérience professsionnelle pour le domicile
45	J'trouve qu'y'a ce *côté relationnel que moi personnellement, je ne retrouverai pas en structure,* j'pense pas. (silence)	RP	le relationnel est important pour elle
439	***bah en fait je…je dirai qu'j'fais plus en fonction d'eux : si ils ont pas envie bah ils ont pas envie quoi !***	A	nouvelle organisation centrée sur le patient qui fait évoluer les pratiques
478	Donc c*'est vrai qu'face aux problèmes on… faut qu'on gère* hein. J'vois là y'a une difficulté, on n'a pas l'choix hein ! M	A	écoute de l'idec savoir s'adapter
516	*alors voilà attention on reste professionnelle, mais malgré tout, à domicile on fait un peu partie d'leur famille* .	RP	l'as fait un peu parti de la familletout en gardant son rôle
512	. A***près moi c'est c'que j'dis, on, on peut prendre le temps par exemple 5 minutes de parler,ou alors le p'tit café hein. C'est vrai qu'bon, faut pas trop l'dire parc'qu'en c'moment ils nous disent bon il faut pas mais j'avoue que ils ont tellement besoin, ils voient pas leur famille. Bon j'm'assoie pas mais on prend un p'tit jus d'orange avec eux. J'en ai bon même vite fait !*** **Après c'est p't-êt'e pas bien c'que j'fais mais j'me dis euh…*****c'est important on l'a toujours fait*** ! Du jour au lend'main c'est vrai pour eux c'est tout coupé : ils voient plus leur famille, ils voient…c'était dur, y'a que nous qu'ils voyent !	RP	la relation au cœur de la prise en charge du patient
521	Bah … comment il va l'temps ? Est-c'que c'était gelé c'matin ? ***Et en fait ils ont les p'tites infos et ça c'est important pour eux !***	RP	importance de la relation dans le soin
525	Et en fait ***la relation j'trouvais qu'elle était encore mieux parc'que voilà on s'posait avec le conjoint, on s'posait avec le patient. Et ça c'est c'qu'ils voulaient quoi, un p'tit peu, sans trop déborder hein, attention hein, sans trop…[,,,]***	RP	la relation au cœur du métier AS
582	Et ça ça fait partie d'not'e rôle aussi d'les rassurer, de, de leur dire « mais tracassez-vous pas on est là ! » C'est sûr que c'est la mise en place c'est pas facile ! ». Mais voilà ils ont décidé de, de, de, de rester à domicile mais c'est un chamboulement pour eux ! Faut êt'e honnête que c'est un chamboulement. (silence) ***Ça veut dire que c'est l'intrusion de certaines personnes dans une maison…***	RP	la relation avec la personne : rassurance
660	, ***au niveau relationnel on est très proches du patient qu'on est pas professionnel attention hein.*** heu…	RP	relation proche
747	***C 'est qu'on est amené à… à découvrir des choses que les infirmières découvraient en structure*** . V'voyez c'que j'veux dire ?	RE	tarvailler seule à domicile , le seul regard AS
752	qu'est pas bien bah ***faut qu'on appelle le SAMU donc faut qu'on décrive comment elle est. Qu'en structure on l'fait pas ça, c'est l'infirmière qui va l'faire.***	GE	rôle accru dans les urgences
741	***Nous on n'a pas l'choix hein, on prend euh… voilà, on…pfff, tout d'suite faut qu'on appelle le SAMU donc ils nous donnent des termes que…j'suis sûre qu'en structure, bah…***	GE	rôle accru dans les urgences contrairement en structure
762	Et on …***j'veux dire on a un regard très important.***	RE	le regard de l'as est primordial à domicile
918	Euh, à domicile c'est ça qu'est bien, c'est que peut-être moins en structure mais à domicile ***on essaie d'faire au maximum chez les gens*** . *Leur faire faire.* Bah moi c'est ça maint'nant hein, c'est c'que j'vous dis… je prends…	AC	As c'est accompagner l'autre et particulièrement au domicile
EH*SP			
54	Donc on a quand même le temps de prendre soin, de discuter, de prendre un café si on a envie de prendre un café. (Rire) Voilà donc, heu, c'est une autre relation en fait. Donc c'est vrai qu'on rentre dans l'intimité des gens, on rentre chez eux. Et heu …, mais heu, mais y a un soin qu'est beaucoup plus agréable. Un lien qui se créer aussi donc heu avec les personnes, donc heu voilà.	RP	une organisation centrée sur le patient qui engendre une autre relation
67	***Après on essai le plus possible de conserver l'autonomie de la personne, déjà*** . Voilà donc, heu, tout ce que la personne peut faire on la laisse faire. ***En fait on n'est plus, du coup, des observateurs*** . ***On peut aussi guider sur la manière de faire,*** heu, y a des gens, bon, qui peuvent avoir des troubles cognitifs, donc ils savent plus trop dans quel sens, heu, dans quel sens faire la toilette. ***Donc c'est plus un guidage. On guide les personnes. Après du coup, on profite aussi pour regarder tout ce qui est état cutanée. Hmm, voilà.***	AC	le rôle de l'as conserver autonomie
102	***On est des fois, y a des personnes qui sont à domicile et qui ne voit personne d'autre de la journée à part nous nous. Donc c'est vrai que le peu qu'on est là on est un petit peu leur rayon de soleil.***	RP	AS un lien social , une compagnie
108	***C'est vrai que bah non mais c'est vrai qu'on a des gens ils ne voient que nous quoi. [,,,]*** à. On est un p'tit réconfort quelque part.	RP	AS un lien social , une compagnie

MC suite :

EV*SP			
103	et après si dans un couple de personnes âgées on voit , ben admettons que monsieur qui est malade mais que madame s'épuise. au bout d'un moment on va avoir des soucis parce que monsieur pourra plus rester à la maison, si madame est hospitalisée. ***donc il faut qu'on prenne soin des deux.***	PS	Un métier où il faut prendre soin du patient et de l'aidant
93	***. Pour nous un aidant c'est précieux, on en prend soin aussi. Parce que sans l'aidant la personne peut pas rester chez elle.***	PS	à domicile prise en compte de l'aidant
18	***Et du fait euh, après, vous avez une autre relation avec le patient parce que c'est quelqu'un qui vous attend vraiment.***	RP	une nouvelle organisation qui engendre une nouvelle relation dans le soin
73	***Et bien on essaye d'apporter ces choses là pour que*** *, une chaise de douche, soit bah des fois, c'est juste un lit médicalisé. Enfin, pleins de petites choses comme ça qui peuvent faciliter la vie* . Et si vous n'êtes pas dans le domaine eh bien vous n'y pensez pas.	AC	évaluer la situation pour apporter du bien être à la personne au quotidien
79	Et je vois là depuis quelques temps au niveau du SSIAD, ***on a des actions prévention.[„„] Et tout ça en fait ça reflète un peu notre métier on ne fait pas que du nursing.***	PEC	un métier qui évolue en ce sens avec les actions de prévention à domicile
82	**Donc le but là, c'est de regagner un peu de motricité.** ***Donc je vais adapter les jeux de manière à ce qu'ils puissent se servir de son membre qui se sert le moins.***	A	adapatation des soins au patient
151	*On essaye de négocier un peu* mais y'a certaines personnes c'est non c'est 7h30et voilà quoi. Mais normalement euh, normalement ils décident pas de l'heure de passage .car c'est quand même un service, c'est quand même une prescription médicale à la base le SSIAD.C'est quand même un service.	N	AS un travail de négociation
153	D*onc on arrive quand même à négocier certains horaires* mais quand on arrive en retard, des fois ils sont pas très contents, mais bon.	N	AS un travail de négociation
185	***Oui au niveau des changes et tous ça, on conseille*** , quand on peut. on va en parler à [NOM IDEC] et *après on va conseiller au niveau des gens* .	CON	AS un rôle de conseil auprès des familles
174	Ouais. Et puis souvent quand c'est particulier, moi j'appelle [NOM IDEC] parce qu'il faut qu'elle soit au courant. [] ***soi, on va surveiller*** . Si j'ai trouvé que la dame était vraiment essoufflée, enfin, j'ai trouvé que c'était plus important que d'habitude. Là j'vais la prévenir.	RE	le rôle de surveillance de l'As
309	***A domicile, quand vous prenez quelqu'un en charge et bien vous l'avez pas le mode d'emploi. Il faut, il faut l'établir en fait*** . Et en plus le mode d'emploi qui est valable lundi matin est pas forcément valable le lundi soir avec ces gens là.	A	s'adapter au domicile
311	Donc euh enfin **,** ***faut s'adapter tout le temps*** **,** faut, enfin faut, faut savoir faire tout le temps en fait. E	A	s'adapter constamment au domicile
EK*S			
35	***Que là, on intervient chez chaque personne et chaque personne, c'est différent et… Et heu… il faut respecter.***	A	valeurs le respect le domicile centrée sur la personne
32	c'est vrai, que voilà, ***ici, on est plus à l'écoute de la personne je trouve et… Déjà on intervient dans leur maison*** . *On intervient chez eux et je dis, c'est pas pareil que dans une structure. B* en	RP	a l'évoute de la personne intervetion à domicile qui impacte la pec
19	Et le temps aussi, de laisser faire, de *leur laisser faire, de leur laisser leur autonomie le plus possible Heu... Ben, c'est important aussi pour qu'ils puissent, aussi, rester le plus longtemps possible à domicile et sur certaines dépendances parce qu'il y'a …*	AC	As un métier pour maintenir l'autonomie
132	***C'est adapté vraiment à chaque patient. Le personnel de santé qui va intervenir chez le patient, c'est vraiment adapté à chaque patient, naturellement. Le besoin n'est pas le même à chaque patient. Voilà.***	A	AS c'est s'adapter pour le patient
185	*Réagir quand il y a besoin de réagir* .	GE	savoir réagir en cas d'urgence
188	Ben voilà, tout ça hein. *Cest vrai que si une personne fait un malaise, on est seule, il faut savoir prendre les décisions* . Il faut savoir, heu… voilà. On n'a pas d' personne, on n'a pas l'infirmière autour de nous. Il faut voilà. ***Il faut réagir quand même et je pense que*** … Je pense que ça peut faire peur.	GE	savoir réagir en cas d'urgence
EL*S			
23	la famille a été, que maintenant on essaye de les garder jusqu'au bout et voilà *il faut s'adapter aussi.*	A	maintien à domicile plus long qui engendre une plus grande adpatation de l'AS
49	**Alors du coup,** ***c'est vraiment que du soin.*** **du coup, toilette, habillage, déshabillage.**	SD	l'activité de l'as à domicile centrée sur les soins de nursing
53	***On est vraiment dans le soin.***	SD	l'activité de l'as à domicile centrée sur les soins de nursing
62	*D'être chez eux et de s'adapter à eux surtout. C'est surtout ça. Voilà.*	A	s'adapter au patient à domicile

MC suite :

65	parce que c'est ça le principal. ***il faut savoir s'adapter*** . A domicile	A	s'adapter
67	Oui. Parce que les maisons sont pas toujours faite de façon adéquate. Quand il faut du matériel ou des choses comme ça euh. les gens , ils sont quand même chez eux donc s'ils n'ont pas envie tout de suite de mettre des choses en place. il faut aussi ***aller un peu plus doucement les laisser aussi face à leur leur petit bout de chemin comme on dit*** euh. mais c'est pour moi c'est ça. ***Savoir s'adapter à la personne*** quoi. que voilà en maison de retraite ou à l'hôpital c'est comme s'ils s'adaptent au service et non à la personne quoi.	A	s'adapter
72	Et ***s'il avait l'habitude de faire sa toilette tel jour comme ça, bon bah on essaie de garder au maximum les jours prescrits qui était déjà fait quoi*** .	A	respect des habitudes de vie à domicile
114	Euh, comment dire ? Ben je sais que quand les gens vont surtout, *pour les gens qui sont seuls où on est leur seule euh visite quoi. Euh on prend un peu plus de temps pour discuter euh peut-être boire un café, échangé sur ce qui va , ce qui va pas.*	RP	Le lien social important au domicile
EB*S			
35	Donc c'est beaucoup nous euh…, ***à domicile les soins d'hygiène principalement*** . .	SD	à domicile des soins d'hygiène essentiellement
45	***l'aide-soignant à domicile va souvent aussi avoir la responsabilité donc euh… d'assurer les premiers soins en cas de petites plaies, de coupures,…***	GE	A domicile l'AS assure les premiers soins
48	***C donc assurer souvent les premiers soins.*** *Voilà, s'il y'a eu une petite chute ou… voilà. Maintenant, ça reste euh… une évaluation euh… également parce que euh… selon le, le degré, voilà.* ***Moi ça m'est arrivé d'appeler les secours aussi (rires)***	GE	savoir réagir en cas d'urgnece
134	***qu'ils acceptent notre passage hei*** *n.* C'est pas toujours évident, euh… pour tous, d'accepter le vieillissement.	RP	mettre en confiance la personne, faire qu'elle soit satisfaite des soins proposés
196	*Donc pour Noël, souvent, on, pour la période de Noël, quand ça peut pas se faire à Noël ça se fait après Noël pour la galette, pour la galette des rois. Et souvent y'a une animation également, après, qui est, qui est proposée vers euh… mai/juin, par là. Et là c'est un peu plus festif dans l'sens ou souvent aussi y'a euh… une animation, bon ça peut être aussi bien un musicien qu'est invité, un magicien, un groupe de chanteurs euh... de danse euh... c'est, 'c'est très varié. Chaque année souvent ça change.*	RP	l'As un rôle d'animation (repas de Noël, galette des rois, fête d'été)
220	Donc c'est vrai que nous avons un rôle pour prévenir, enfin, disons que tout ce que nous allons entreprendre, c'est pour nous perm', c'est pour nous permettre de euh… ***d'évaluer le euh… degré de gravité d'un, d'un…voilà***	RE	As et regard
222	De conseiller au patient d'appeler le médecin euh… de cons'… voilà. C'est vraiment pour euh… donner des, des… enfin faire des transmissions à l'infirmière aussi bien sûr. **Mais** ***évaluer le degré de gravité également, ça peut-être la douleur. Là, la douleur c'est… très subjectif d'une personne à une autre hein.***	RE	As et surveillances
260	Donc euh… pour eux c'est important. ***Ça compte beaucoup notre passage et ils attendent à ce que euh… c*** 'que nous… les prenions euh… comment dire euh ?... c'est, c'est, c'est pas toujours évident pour certains mais ils attendent autre chose aussi euh… ***qu'on leur apporte autre chose aussi également euh… une communication qui n'a rien à voir aussi avec le soin.***	RP	A domicile, As et lien social
263	Alors c'est important pour eux, c'est euh… ***ça, ça leur change un peu les idées.*** **(rires)**	RP	A domicile, As et lien social
266	Voilà tout simplement. Ils, ils, ils… c'est important aussi de leur, de les, d'essayer de les faire parler d'eux aussi quoi pour les, pour euh…voilà, leur, leur r',… l***eur faire penser à autre chose pendant que euh… ils ont le soin.***	RP	A domicile, As et lien social
349	Euh… **C'est, c'est, c'est surtout se faire accepter euh… voilà, des patients et s'adapter, surtout l'adaptation**… c'est pour ça d'une maison à une autre quoi.	A	se faire accpeter s'adapter
352	Voilà. C'est important. Et, et aussi euh… euh… également euh… ***accepter euh… voilà euh… de travailler dans différents milieux.*** Parce que euh… on peut être dans une euh…, on peut se retrouver chez un patient où le… voilà avec une… belle maison, un bel environnement euh…, et à côté de ça, se retrouver euh… presque les pieds dans la boue en sortant de la voiture.	A	se faire accpeter s'adapter
356	Donc euh… (réflexion) c'est euh… c'est très varié. ***Ça, c'est de l'adaptation, ça fait partie des compétences aussi hein.***	A	se faire accpeter s'adapter
269	Euh…car il faut pa que nous…il faut pas que le patient reste concentré euh… forcément sur euh… tout ce que nous faisons hein. ***Il faut essayer de euh… d'animer un p'tit peu notre présence*** . (rires)	RP	A domicile, As et lien social
265	*Voilà tout simplement. Ils, ils, ils… c'est important aussi de leur, de les, d'essayer de les faire parler d'eux aussi quoi pour les, pour euh…voilà, leur, leur r',…* ***l eur faire penser à autre chose pendant que euh… ils ont le soin.***	RP	A domicile, As et lien social
287	'est euh… aussi pour, ***pour pouvoir faire comme ils veulent chez eux, et ça c'est important*** . **Et ça euh**… (rires) c'est un petit peu compliqué hein à expliquer hein. Dison que euh… les gens euh… à domicile euh… nous on va pas forcément avoir toujours euh… le matériel adéquate, on va pas forcément avoir un ???	HAB	respecter la personne dans ses choix
360	Oui (rires) tout à fait. ***L'état clinique des patients oui c'est important, de réagir assez vite des fois parce que les gens après on les laisse seuls euh …***	GE	gestion rapide
380	**Alors on voit, on conseille, on, on, on lui fait essayer différents euh… ça arrive que nous ayons des échantillons** *:* différents slips euh… donc euh… ou protections.	CON	As et rôle de conseil

Offre « Culturelle » : MCU

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EN*SP			
14	*À domicile, si tu veux, on est beaucoup plus équipé que moi au début quand je commençais dans les services quoi.*	M	Evolution des pratiques le matériel
138	***Y a un évolution chez les jeunes qui est très appréciable aussi, qui apporte leur façon de faire, leur technique. Moi, ce qu'il me manque actuellement*** , ***c'est, euh, tout le côté médicalisé du soin*** . [,,,]***c'est qu'il m'a fallu apprendre sur le ta*** s.	M	de jeunes diplomés plus compétentes au regard de la gestion du matériel technique
10	*si tu veux,* ***beaucoup plus en collaboration qu'avant où là où c'était beaucoup plus chaotique. Maintenant, on en vraiment des partenaires, les uns vers les autres, et tout ceux qui interviennent à domicile, voilà. On est, on est partenaire pour aider la personne sur les besoins qu'elle a à domicile.***	NCC	nouvelle culture du soin la collabo
216	***Bah disons que le savoir-être tout ça, c'est aussi lié à beaucoup de formations qu'on fait dans les SSIAD. Je veux dire, on a… Le dernier que j'ai pu faire c'est sur l'humanitude, c'est à l'écoute de la personne quoi, y a rien à faire.***	NCF	équipe formée à l'humanitude
218	***Non, aujourd'hui on commencera plus par la petite toilette, parce que la personne c'est là qu'elle est souillée ou tout ça, et après on habille et on fait le visage et le haut. On a une approche différente dans les soins.***	NCS	humanitude
220	***Tout est différent, oui. Oui, tout est différent. Oui, ce n'est plus caricaturale comme quand on nous apprenait dans les écoles d'aide-soignant*** *e. [Rire]*	NCS	nouvelle approche du patient : humanitude évolution identitaire
102	*Donc c'est en pleine mutation et ça peut devenir un peu plus comme ça pour que les filles qui travaillent à domicile* ait aussi du temps de travail qui corresponde à un 100 % quoi.	NCS	Transformation du métier de par organisation et nouvelles tâche : actions de prévention
76	*Voilà, c'est ça.* ***Le patient, c'est, c'est lui qui mène, euh, ses besoins.*** *Les besoins, on doit combler les besoins de la personne. Et ça, c'est euh…* ***Parce que actuellement moi j'ai des collègues qui sont très, très pointilleuses sur le bien-être de la personne.***	NCS	nouvelle culture As en fonction du diplôme
71	*À l'écoute du patient donc, ben, tu dira « Si vous êtes fatigués aujourd'hui, non bah y a pas d'urgence à faire un shampoing, y a pas d'urgence, on verra demain. » Y a quinze ans, on t'aurait dit « Bah dis donc, t'es passé chez untel, tu devais faire le shampoing et, euh, tu n'as pas fait ton shampoing, euh, c'est pas normal.* C'est à ton tour de le faire. »	NCS	nouvelle approche du aptient : humanitude évolution identitaire
78	Et elles sont revenues, elles ont verni, elles sont fait un soin particulier, euh, pour la personne. ***C'est pour le bien-être de la personne. Y a plein de petites choses comme ça qui se met, qui se met en place quoi.***	NCS	nouvelle culture AS en fonction du diplôme
20	***et d'ailleurs ça nous a beaucoup aidé au service on a fait toute une formation, justement, pour le… le maintien physique de soi*** , des exercices qu'on doit faire avant de partir au travail,euh, comment on, euh, comment garder sa forme pour continuer à travailler quoi.	NCAS	Changement culturel, prise en compte de l'employé
22	***Enfin c'est dans l'air du temps quoi je veux dire hein, un aide-soignant doit être bien dans sa peau et bien dans sa tête quoi*** . On a une *psychologue à domicile* , on a des psychologues tous les trois mois qui vient à notre service…	NCAS	Changement culturel, prise en compte de l'employé
24	… et donc, on est autant aidé psychologie, on a toujours un numéro de téléphone, si tu veux, si on a des problèmes psychologiques à gérer.	NCAS	Changement culturel, prise en compte de l'employé
26	Donc, euh… On a beaucoup de choses... **Enfin** ***tout est mis pour que le bien-être de l'aide-soignante à domicile quoi***	NCAS	Changement culturel, prise en compte de l'employé

MCU suite :

EG*S			
313	***Que maint'nant comme on a nos portables, on a tout…***	M	un nouvel outil qui facilite le travail
783	Après euh…*peut-être qu'on est toute seule mais il faut savoir que voilà, maint'nant avec le téléphone, tout est écrit sur les téléphones, tout est…tout est bien spécifié.*	M	un nouvel outil qui facilite le travail de l'AS
665	Alors on leur fait faire quand même hein attention hein. ***Moi j'trouve qu'on a évolué aussi, on, on… euh… en tant qu'aide-soignante, on essaie de leur faire participer de plus en plus.***	NCS	évolution identitaire, sur le métier AS , accompagnement
423	***Mais moi j'trouve que j'ai drôlement évolué par rapport à ça, parc'que oui j'peux parler d'ça. Euh… avant on était faire toilette, toilette, toilette, toilette ! Et moi j'trouve que maint'nant euh… on se prend plus la tête hein*** *!*	NCS	**évolution identitaire, adaptation**
128	Oui ! ***Maintenant on s'pose moins la question que comme y'a des aides par rapport à l'APA on met plus facilement…*** Même moi hein ? J*'avoue que moi personnellement j'ai drôlement…* ***au départ moi je euh, quand on m'proposait du binôme j'étais pas spécialement pour et en fait j'me rends compte qu'c'est quand même un confort pour tout le monde quoi*** .	NCC	évolution identitaire au regard de cette nouvelle culture de la collaboration
6	y'a beaucoup **alors maintenant voilà ça a évolué dans le sens où que y'a beaucoup de** ***collaboration avec les infirmières à domiciles.***	NCC	un travail en collaboration ++
100	. ***Avant on n'avait pas tant de binômes et puis maintenant bon euh, y'a des collègues qui préfèrent les binômes donc y'a des binômes plus facilement.***	NCC	le travail en binome , une évolution culturelle
460	***Et c'est qu'en plus on a des jeunes avec nous, bah c'est vrai qu'c'est pas toujours facile hein parc'que nous on est pris dans l'truc. Et sur certaines choses ça nous fait avance*** **r** ***! Comme nous on peut les faire avancer sur euh… sur d'autres pratiques hein.***	NCS	nouvelle culture As en fonction du diplôme
464	***Elle nous protège peut-être aussi au jour d'aujourd'hui, à not'e santé, à not'e euh… Et nous on n'avait pas été habituées à ça en fait. Nous on s'débrouillait voilà. On était en difficulté chez un patient, on arrivait à s'dépatouiller. Bah là a u jour d'aujourd'hui as d'souci mais j'trouvais que les jeunes maint'nant bon elles se, elles se… (réflexion) …c'est pas plaint, c'est qu'elles disent plus les choses. Mais elles ont p't-êt'e pas tort de dire plus les choses*** *!*	NCAS	Changement culturel, prise en compte de l'employé
EV*SP			
302	***. On nous propose des formations donc ça c'est bien.***	NCF	spécificité du SSIAD , la formation
EC*SP			
28	Des fois, *c* ***'est compliqué de se mettre d'accord entre les anciennes collègues et celles qui arrivent juste. [Rire] Qui débutent… On a pas les mêmes regards, donc forcément…***	NCS	nouvelle culture As en fonction du diplôme
141	***C'est qu'on a cette chance au SSIAD d'avoir énormément de formation. J'ai jamais été autant en formée, que depuis que je suis au ssiad.*** *On a un panel vraiment de formation qui nous est propos. C'est vraiment génial et c'est vrai qu'on s'ouvre aussi à d'autres,hum, d'autres méthodes comme euh, une des dernières formations que j'ai faite c'est l'hypno analgésie. Et c'est vraiment génial. C'est vraiment top !*	NCF	la formation tout au long de la vie permet d'ouvrir l'esprit et permet de s'enrichir pro

MCU suite :

EA*SP			
32	*Evolution ? Enfin, pas à proprement dit du métier, mais des conditions de travail* parc'que, quand j'ai commencé, euh ! Donc, j'travaillais la nuit. [,,,].Mais j'trouvais qu'c'était encore dur et après on est quand même passé aux changes jetables comme on a maint'nant partout en structure ou à domicile, comme on a pour les bébés aussi.	M	évolution des conditions de travail : matériel
199	*Faut pt'être savoir travailler dans d'bonnes conditions et profiter justement du bon matériel qu'on a.*	M	
189	***D'toute façon, ça veut bien dire son mot. Aide-soignante c'est bien aider la personne à être soignée, à avoir des soins d'nurcing , lever, coucher. Pour moi, le travail d'aide-soignante, il est.. Après, l'identité, oui ,a pas forcément évoluée, c'est les conditions d'travail qui ont évoluée** s.*	M	condition de travail faisant évoluer les pratiques et plus ou moins identité
191	**, *y'avait pas du matériel comme y'a maintenant*** . [,,,] Donc ,y'a des fois, on tombait sur la personne. *Donc les conditions d'travail étaient pas idéales alors que maint'nant toutes personnes qu'on s'occupe ont, au moins minimum, un lit médicalisé. [,,,]* ***On a du matériel après, des lève-personnes, des verticalisateurs que quand, y'a quelques années, y' avait pas tout ça à domicile quoi.*** .	M	Evolution des pratiques le matériel
193	Donc les conditions d'travail c'est bien qu'ça évolué et peut être que ça évoluera encore. Je sais pas l'avenir.	M	Evolution des pratiques le matériel
195	Mais bon, déjà, d'avoir du matériel et des lits médicalisés, c'est déjà très agréable.	M	Evolution des pratiques le matériel
EB*S			
432	…donc *les outils de communication mais euh… voilà, c'est tout ce que… Vraiment l'évolution c'est plus technologique quoi, par rapport à ça hein, par rapport au téléphone euh… Voilà c'est ça, y'a pas eu de gros changements* . (rires)	M	évolution sur le plan technologique , les tél
EL*S			
255	Pour tout ce qui est glycémie, maintenant il y'a les petits boîtiers. Donc si on a un doute même nous on peut passer et euh. On lit tout de suite s'il y'a quelque chose quoi. Donc ça c'est des évolutions positives	M	évolution technique donc meilleur suivi

Alignement et intégration dans la collaboration avec d'autres professionnels : PEF et PEQ

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EN*SP			
138	***Donc je pense qu'on s'apporte autant les uns et les autres sur ce qu'on fait quoi. Donc l'évolution, elle est autant d'un côté que de l'autre.***	PEQ	équité
170	***les auxiliaires de vie qui travaillent sur le secteur, elles en font largement autant que nous hein*** .	PEQ	perception équité avec auxilaires de vie
EM*SP			
226	Donc elle fait, elle, des fois, la personne de confiance et… ***C'est important aussi de les inclure… D'inclure tout le monde dans les soins.***	PEQ	inclure tous les pros pour la pec
133	***On a tous une « petite pierre à l'édifice » à apporter, que ça soit le pharmacien, les infirmiers, on a tous plein de choses à apporter aux patients donc autant tous travailler ensemble pour une meilleure prise en charge aussi.***	PEQ	parage de connaissance prise en charge efficiente
EC*SP			
251	. ***Et du coup, on a fait un couché avec le, le médecin , ben, c'était intéressant quoi. De voir que même le médecin s'intéresse à nous et nous interroge.*** C'est vrai qu'on les connaît par coeur nos patients. Hum.	PEQ	le médecin échange avec AS
EA*SP			
105	*Ben ça les valorise aussi et c'est pas ,euh !* ***Des fois, y'en a qu'on l'impression, parc'qu'on est aide –soignante, on va écraser l'auxiliaire de vie . Ben non ,parc'que les auxiliaires de vie, vraiment, l'auxiliaire de vie ,j'veux dire, elle fait presque l'même métier qu'nous*** .	PEQ	perception équité avec AUX
171	***Ben, ça engendre que, ben déjà , comme j'vous di, ça nous soulage, parc'que quand on travaille en bînome avec les auxiliaires de vie, ça soulage dans la manutention parc'que ça veut dir,e en général, que c'est des cas lourd. Donc ben, le fait d'être à deux , c'est aussi nous protéger et protéger aussi elle*** ,.	PEF	perception de l'efficience " soulage"
174	Bon, des fois, leur d'mander un p'tit truc , si après elles veulent bien et qu'elles prennent le temps, ***c'est important aussi pour nous et puis après ça permet de travailler dans d'meilleures conditions auprès d'la personne.***	PEF	perception efficience pour le patient enrichissement pro

PEF et PEQ suite :

EG*S			
116	*Après, ouai après euh c'est, c'est des collègues voilà après moi c'est vrai qu'j'suis p't-êt'e de l'ADMR mais* ***pour moi c'est vrai qu'c'est des collègues quand même au contraire, elles sont aussi capables que de…voilà elles ont pas l'diplôme mais pour moi elles sont… voilà…très euh…ça s'passe très bien*** *!*	*PEQ*	*équite AUX et AS*
293	***Mais maint'nant c'est c'que j'me dis les considère comme moi hein ? J'veux dire elles sont OK, elles sont ADMR mais elles sont euh…elles font euh…*** J'vois pas quand on fait la douche c'est plus moi qui va faire le soin plus que…qu'elle quoi. J'les implique exactement dans l'soin comme…comme une vraie collègue**, j'veux dire euh… on est au même niveau pour moi** *!*	PEQ	sentiment d'équité avec AUX
EV*SP			
291	***Et euh l'avantage d'avoir euh une relation avec les infirmières c'est sécurisant pour tout le monde parce que du coup, la patiente elle sait que s'il y a une difficulté on peut appeler quelqu'un.***	PEF	plus sécurisant de travailler ensemble
EL*S			
222	On collabore quand même plus ou moins parce que, bah, ***le travail qu'ils font nous aide pour nous ou même vise vers ça quoi.*** Par ce que si nous, on arrive à faire parler le patient, ça aide aussi un l'orthophoniste pour son travail derrière ou voilà.	PEF	travailler ensemble = s'entraider
EB*S			
150	***Donc y'a souvent des aides à domiciles qui… peuvent intervenir et qui vont faire des fois le même travail que nous.***	PEQ	les Aux font le même travail que les As, faute de places dans le service

Négociation dans la collaboration avec d'autres groupes professionnels : NEGO

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EC*SP			
255	***Ben, que même pour le médecin euh, enfin voilà les, les aides-soignants ont quand même un, un rôle important à jouer à domicile. [,,,]*** *Faut vraiment que on soit vraiment une équipe avec différents collaborateurs pour que, le maintien à domicile puisse être possible.* Hum.	D	Négociation de la place de l'AS dans le travail en collaboration
319	***Ben voilà, c'est euh. Ouais, c'est vraiment un ensemble de choses qui fait que. On a un rôle important en tant que soignant c'est sûr (rire). Mais il y a pas que nous quoi.***	D	Négociation de la place de l'AS dans le travail en collaboration
EB*S			
162	**oh ça arrive quand nous avons des patients qui sont alités et que euh…** ***nous avons besoin d'aide pour la mobilisation. Euh… là y'a des… une organisation qui est mise euh… au niveau horaire en commun*** **, d**	FO	mise en place d'horaires pour collaborer avec les AUX
EA*SP			
178	C'est ça aussi d'travailler en collaboration. ***C'est d'travailler dans l'même sens.***	FI	travailler dans le même sens,
183	Ben oui, surtout pour la personne parce que le résultat c'est qu'la personne dont on s'occupe soit contente. Qu'elle soit bien traitée mais surtout qu'elle soit contente. Autant travailler dans l'même sens .	FI	travailler dans le même sens,
166	Ben, collaborer, pour moi, ***c'est travailler ensemble, dans l'même sens, voilà. C'est sutout travailler ensemble dans l'même sens*** . J'veux dire, on va pas nous, faire quelque chose et mettons, une infirmière, ben non ,f'rait l'contraire, quoi. Si l'infirmière nous dit d'faire d'une certaine façon, oui on va l'faire. *C'est collaborer. C'est pour le bien-être d'la personne* . On va pas faire le contraire quoi. **Pour moi,** ***c'est travailler ensemble main dans la main.***	FI	travailler dans le même sens,
EG*S			
622	***Mais par contre on essaie de marcher toutes dans l'même sens quand même.***	FI	travailler dans le même sens,
628	***Comme elle l'a marqué sur l'cahier par exemple « essayé c'matin de…voilà, de faire marcher », bah moi je sais qu'j'essaie de marcher dans l'sens de ma collègue quoi.***	FI	travailler dans le même sens,
EH*SP			
168	*et* ***puis que tout le monde, travaille dans le même sens*** **.** Que s'il ya une personne qu'il faut la faire marcher, heu dis minutes tous les matins pour aller, je sais pas moi, de son lit à au lavabo, voilà. Si il faut le faire, dans le sens du kiné qui demande à ce que l'on fasse marcher, voilà ça peut être des petites choses qu'on peut faire pendant le soin et qui peut être dans le sens du kiné, le fait de faire marchez la personne.	FI	travailler dans le même sens,
163	***puis essayez travailler*** **, tout le monde dans le même sens.** *Pour faire, du coup, évolué la personne, pour maintenir ce qui est déjà. (Inspiration) en route.*	FI	travailler dans le même sens,
EV*SP			
273	Donc, pour le confort du pa enfin, ***pour le confort de cette dame, euh . ce weekend on s'est mis d'accord quoi.***	FI	se correler pour le patient

Prise de conscience pour collaborer en interprofessionnalité : PT, R, IT

N°de cellule retranscription	CORPUS	ENCODAGE	SYNTHESE
EN*SP			
132	***Un plaisir à se retrouver, à travailler ensemble dans certaines situations.***	PT	plaisir de travailler avec un autre
129	C***e qui est agréable, c'est de rencontrer d'autres services avec , euh…*** Enfin, moi je vais te dire, ça fait quand même trente ans que je suis au service et les filles *des autres services je les connais quoi.*	PT	autonomie pratique rencontre de l'autre professionnel, service
10	***A près, faut se dire, faut partager un territoire, avec les autres services, c'est-à-dire les [EHPAD ???], les familles rurales et toutes les autres qui interviennent au sein des personnes*** *. [,,,]. Maintenant, on en vraiment des partenaires, les uns vers les autres, et tout ceux qui interviennent à domicile, voilà. On est, on est partenaire pour aider la personne sur les besoins qu'elle a à domicile.*	PT IT	partenaires , connaissances des autres
92	*Parce que c'est pas notre travail quoi, c'est pas, c'est pas…* ***Voilà, y a des coiffeurs à domicile, faut respecter aussi euh… le maillage du terrain , surtout les professionnels qui, qui interviennent quoi.***	PT	chacun son territoire, partage de responsabilité
EC*SP			
306	***Déjà ça nous apprend à découvrir différents métiers aussi qu'on ne connaissait pas hum, qu'on, qu'on ne soupçonnait pa s .***	IT	découvrir de nouveaux métiers mettre en œuvre de
353	*Mais on peut arriver aussi à domicile ou l'assistante sociale et là par exemple. C'est déjà arrivé au, ou ça peut être des membres. J'ai déjà eu la MAIA une fois, une infirmière de la MAIA. Ouais, ils se présentent et puis du coup euh.* ***C'est comme ça qu'on apprend aussi à les connaître.*** *Hum*	IT	connaissances des métiers de manière spontanée du domicile
EG*S			
108	bah moi j'connais mon truc quoi en fait donc c'est vrai que quand y'a quelqu'un ***y'a des fois j'ai du mal à…à déléguer ou à faire*** .	PT	difficile de partager son territoire
EB*S			
180	Et souvent, dans les mobilisations euh ***ça demande à c'que l'un ou l'autre commande ou dirige . Parc'que euh… c'est important aussi qu'il n'y est pas euh… bah de, d'insécurité hei*** n, créer de l'insécurité pour le patient. Et donc euh… si y'a… un rôle assez important *qu'il y ait qu'une seule unité (rires) entre les deux intervenants.*	PT	une personne commande dans le travail en binome pour une meilleure coordination
170	Euh… nous avons quand même euh… le fait de travailler deux, à deux, besoin de euh… d'avoir euh… surtout euh… (réflexion)… ah, comment ?... ***Une confiance euh… les uns dans les autres parce que déjà avoir les… la même organisation de travail.***	R	relation de confiance entre les intervenants
EH*SP			
191	Et quand on fait des réunions de, voilà, ***des choses qu'on pourrait, qu'on pourrait connaitre de d'autres métiers***	IT	enrichissement mutuel

Annexe7 : Retranscription d'entretiens (EV*SP et EC*SP)

- ***Entretien retranscrit de EV*SP***

On enregistre. Voilà l'enregistrement a commencé. Euh, donc on est ensemble pour environ 45 minutes.
Ok
Moi, j'ai juste une consigne à vous donner puis ensuite je vous laisserai la parole. En fait, c'est une consigne mais plutôt en deux temps, euh. J'aurai une première question à vous poser, au regard de votre profession. J'aimerais que vous me parliez de votre métier en tant que tel. Et ensuite j'aimerais que vous me parliez si c'est possible de vos observations par rapport à l'identité professionnelle de l'aide-soignante, à l'heure actuelle, qui se transforme. Donc j'entends par transformation actuelle, le fait que l'on développe le travail à domicile et qu'on développe également la collaboration avec d'autres professionnels sur le territoire.
D'accord.
Donc je vous laisse la parole. Je vous écoute.
Donc voila. Moi j'ai 49 ans. Je suis aide-soignante depuis 2017. Avant j'étais secrétaire logistique. Donc en fait, c'est une reconversion totale. C'est un projet, que moi, j'avais depuis très très longtemps, mais bon la vie a fait que j'ai pas pu le faire. Ayant été licencié de la société où j'étais et bien ça m'a ouvert des droits au niveau de pôle emploi. Et ça m'a aussi aidée à savoir dans quel sens il fallait que je me dirige. Moi de mon côté je m'étais renseigné. Donc j'avais passé les concours et tout. Donc j'ai commencé la formation à l'IFSI de [ville]. J'ai été diplômée. Et après ma première expérience professionnelle en tant qu'aide soignante ça a été à domicile, sur euh, le centre hospitalier de [ville]. Euh, ensuite sachant que quand vous travaillez à l'hôpital, vous faites des remplacements un peu dans tous les services. Donc du coup, le SSIAD, ça a duré quelques mois. Après, j'ai été en médecine à [ville] et après le déménagement, par contre j'ai été dans une maison de retraite du centre hospitalier à [ville] qui s'appelle [nom de la maison de retraite]. Donc là, ça c'est pas très très bien passé. Parce que ce qui s'y passait ne correspondait pas du tout à ce que moi j'attendais de mon métier, donc j'ai préféré partir.
Hum Hum
Après j'ai recommencé en maison de retraite. Là du coup ça correspondait tout à fait à mes attentes parce que, bah au niveau du résident je trouvais qu'on respectait son rythme, qu'on respectait ses souhaits et tout ça. Mais c'est au niveau planning après que ça peut pas trop trop coller. Donc là de nouveau je suis parti. On travaillait 3 weekends sur 4 en tant que contractuel.
D'accord
Que moi, à l'âge où je suis, enfin j'ai pu trop besoin de la prime du dimanche et puis enfin j'ai une vie à côté. J'ai préféré laisser tomber aussi. Et donc après j'ai recommencé à faire du domicile euh, donc près de chez moi la à [ville]. Donc là c'était juste un remplacement et là je me suis rendu compte que beh, c'était vraiment là ma place en fait.
D'accord
De là je me reconnaissais. que j'ai, enfin, j'appliquai ce que j'avais appris au niveau de mon métier. Que ça correspondait vraiment à ce que moi je voulais apporter aux gens. Contrairement euh, en structure. Enfin, on est plus lancé dans un mouvement et on suit un peu à un programme. Enfin c'est un peu tout temps la même chose. et puis avec les résidents on peut pas toujours exprimer les choses comme on le veut, du fait qu'on est un peu, au niveau temps, un peu… coincé.

Tandis qu'à domicile en a pas de, on n'a pas ce paramètre temps en fait. Euh, donc le matin on vous donne une tournée et c'est à vous de la faire. Voilà. Vous prenez les patients les uns le premier après les autres. Certains vous passez 20 minutes parce qu'il a besoin de 20 minutes, s'il a besoin d'une heure, vous passez une heure. Donc moi, c'est ce que j'ai apprécié.
Et du fait euh, après, vous avez une autre relation avec le patient parce que c'est quelqu'un qui vous attend vraiment. Euh, et puis ya une certaine reconnaissance par rapport au fait, c'est un grâce à notre métier et à d'autres métiers qui peuvent rester chez eux. Donc du coup on n'a pas du tout le même comportement des gens. Y'a pas, euh. Enfin, souvent les gens en résidence, enfin en maison de retraite, ils y sont allés un peu par dépit parce qu'ils ont pas eu trop de choix. Le maintien n'était pas possible à domicile donc c'est parfois une certaine colère qu'on n'a pas vraiment, que j'ai rarement retrouvés à domicile.
D'accord.
Moi j'ai retrouvé un équilibre. J'ai, enfin, là je me suis retrouvé tout à fait au niveau du domicile. Quand le remplacement s'est terminé sur [ville]
Hum
J'attendais un peu, parce que du coup euh, je voulais pas retourner en structure, vraiment en dernier recours. et donc du coup j'ai vu l'annonce sur [ville] qu'il cherchait du personnel donc je me suis renseigné. Et du fait qu'on ne roule pas avec nos voitures professionnel. Euh, avec nos voitures personnelles pardon.
Hum
Ben, j'y suis allé. Donc de fait, ça me fait un peu de route le matin
Hum
Mais au moins, quand j'ai fini ma matinée, je suis contente de ce que j'ai fait. Et je suis en accord avec ce que je suis et ce que je veux faire. Et ça je pense que c'est important au jour d'aujourd'hui de, dans le métier qu'on veut exercer, de pouvoir vraiment se retrouver parce qu'il y a tellement d'autres problèmes autour que c'est pas la peine d'en chercher ici aussi.
Hum
Donc voilà. Donc c'est pour ça que moi le domicile je ne changerai pas.je préfère pas trouver d'autre option tant que je pourrai continuer le domicile, je continuerai le domicile.
Et quand vous dites, vous êtes en accord avec nos valeurs, avec ce que vous êtes, avec votre représentation du métier, est ce que vous pouvez un petit peu approfondir ?
Avec mes valeurs, moi, le prendre soin s'est pas **:** passer dans une chambre vite fait bien fait, faire un lit, faire une toilette et repartir. Moi mes valeurs c'est pouvoir euh, prendre le patient dans son ensemble pas seulement sa pathologie.
Hum
Respecter ces souhaits réellement.
C'est à dire que si un rythme des toilettes. Ben je vois, si on arrive et qu'elle n'a pas fini son petit déjeuner et bien vous allez attendre un peu ou vous allez faire un autre patient si vous avez quelqu'un pas loin et puis vous revenez ou vous lui donnez un coup de main. On a eu une dame au jour d'aujourd'hui, bah souvent on arrive avant le petit déj. et puis après on peut l'aider. Enfin euh. Ben, je trouve que c'est beaucoup plus complet. On accompagne vraiment la personne dans sa vie, dans ses habitudes de vie et euh, au moins on respecte vraiment ce qu'elle veut. Je vois si un jour elle veut pas et bien voilà on accepte et euh.
Moi je sais que avec certains patients je négocie un minimum parce qu'il y a des choses on peut pas passer outre tous les jours. Mais par contre je vais pas me prendre la tête pour une douche. Je vois si

la personne elle veut pas, si c'est moi le lendemain je réessaye. Si c'est pas moi, j'envoie un message à ma collègue disant : « voilà la dame, elle voulait pas. Est-ce que tu essayer ».
Et pis, on peut faire ça. Tandis que dans les structures c'est pas toujours évident parce que vos collègues elles ne le prennent pas toujours comme ça.
Ah oui.
Donc euh voilà. Donc euh, nous on a un arrangement. Enfin moi j'ai la chance aussi là de du SSIAD où on est, on a une équipe qui est relativement proches les unes des autres
Hum
Et quand une chose est pas faite le jour c'est pas parce que la personne n'a pas voulu de faire, c'est parce qu'elle n'a pas pu. Donc du coup le lendemain, vous réessayez en fait. On travaille vraiment en équipe.
On travaille en équipe.
On prend vraiment un patient dans sa globalité et en équipe. Et donc, enfin, moi je trouve que le fait qu'on puisse être aussi proche des gens c'est euh, valorisant pour nous et pour eux. On n'ampute pas ce qu'on est vraiment. On n'a pas vraiment euh, moi je fais aucun sacrifice, à aucun moment de la journée, enfin, quand je fais de la prise en soins à domicile. Je ne vais pas aller contre quelque chose.
Hum.
Aucun sacrifice
Aucun sacrifice. Ce que je fais c'est vraiment euh … je n'ai pas besoin de prendre sur moi. j'ai pas besoin en fait. Mon métier je le fais naturellement avec les gens. C'est tout. Ça se fait tout seul. on a des pratiques, on a, quand on prend quelqu'un en soin on étudie ses habitudes de vie et après ça s'applique tout seul en fait. Enfin, moi je sais que le matin ça roule tout seul. Euh, j'ai pas besoin de réfléchir. C'est vraiment en accord avec moi-même et je me force pas. J'ai pas…non non ! C'est pour ça que le domicile c'est important on peut vraiment faire ce qu'on veut avec ce qu'on est en fait.
Et justement, qui vous êtes ? Quand vous dites souvent « avec ce qu'on est et avec ce que je suis »?
En fait, moi j'aime bien, j'ai… Enfin, je pense que c'est lié à mon vécu mais j'ai besoin de prendre soin des autres pour aller bien en fait.
Hum
Euh, J'ai eu des périodes de ma vie. Je vois y'a un an, j'ai perdu mon papa. Je me suis pas arrêtée. Ce qui m'a aidé à tenir debout, c'est le fait d'aider les gens et de le leur faire du bien. Quand vous repartez que vous avez un merci bonne journée à demain et bien moi ça y est la journée elle est refaite. J'veux dire, les gens sont contents de ce que j'ai pu apporter donc moi ça me fait du bien. En fait, je me nourris de ça un peu.
Hum
Après ça peut être dangereux ans à double tranchant euh. Mais jusqu'à maintenant moi ça m'a permis de traverser beaucoup de situations dans ma vie personnelle. Du fait que beh, les gens que vous allez voir ils sont malades, vous vous allez bien donc et bien euh, même si vous avez des problèmes à l'extérieur mais ce moment là vous allez bien. Parce que vous pouvez pas partager vos problèmes avec les gens ils en ont déjà assez comme ça.
Hum.

Donc du coup vous avez un petit trois quarts d'heure la, je ne dis pas que vous oubliez ce que vous avez à l'extérieur mais ça vous permet de d'aborder les choses autrement et puis euh. Ben de faire du bien aux gens.

Hum

Moi je sais que… enfin moi je sais que je fonctionne un peu comme ça et avec ma famille je suis pareil. Tant que je peux apporter des choses aux gens je suis contente quoi.

Hum.

Votre métier c'est de faire du bien aux gens c'est ça ?

C'est ça.

Hum.

C'est une belle description de de votre métier.

Ben, je pense que… Enfin, c'est celle qui me colle le plus à la peau en tout cas. Ben moi faire du bien tous les jours, ça me fait du bien tous les jours en fait.

Est-ce que vous pouvez justement me décrire un petit peu ce que c'est pour vous de faire du bien aux gens ?

Ben, leur apporter le fait que, y'a certaines choses qu'ils ne peuvent plus faire. Donc ben vous le faites pas à leur place, parce que vous n'êtes pas là pour faire à la place de… Mais vous les stimuler et après les gens qui ne peuvent plus faire bien vous faite à leur place. Et au moins et bien ils sont lavés, habillés et on a pu discuter un moment donc du coup. Parce que dans le soin y'a pas que le… Enfin, ce qu'on appelle le nursing le faire une toilette

Hum.

Y'a aussi le fait de les écouter. Il ya aussi le fait de discuter avec les gens d'attendre afin de les écouter ça c'est très important. Je pense que à côté de la toilette l'écoute est très très. C'est même plus important qu'une toilette. Et euh. Après quand on peut aussi euh, des fois il y a certaines personnes qui font certaines demandes et euh. Quand on arrive à trouver une solution et bien on est contents aussi parce que du coup ça leur facilite leur quotidien.

Donc euh, je vois y'a fois on arrive dans certaines maisons au début ben, il manque des choses pour euh, pour pouvoir pour que le soin soit confortable. Et bien on essaye d'apporter ces choses là pour que, une chaise de douche, soit bah des fois, c'est juste un lit médicalisé. Enfin, pleins de petites choses comme ça qui peuvent faciliter la vie. Et si vous n'êtes pas dans le domaine eh bien vous n'y pensez pas. Ces gens là ils pensaient pas à tout ça avant de tomber malade.

Hum

Donc du coup euh ben quand vous repartez la personne elle est bien. Elle est installée pour la journée. Et vous savez que un petit peu grâce à vous, elle va peut-être passer une bonne journée.

Hum

Comme les dames leurs masser. Enfin je vois, les massages, c'est très important chez les dames et les messieurs. Au niveau des dames y'a les soins corporels au niveau du maquillage, les shampoings tout ça. Et bien, c'est des petites choses ils sont contents en fait, que quelqu'un puisse le faire. Donc c'est pour ça. Et je vois là depuis quelques temps au niveau du SSIAD, on a des actions prévention. Et en fait, le matin vous avez le nursing et l'après-midi vous pouvez retourner faire les choses que vous n'avez pas le temps de faire le matin. Comme je vois une manucure un peu plus euh, approfondie, pas juste couper des ongles. Chez une dame, vous pouvez, bah faire un peu de manucure lui poser un vernis souvent bah le matin vous avez pas, vous n'avez pas forcément le temps. et après comme les massages. C'est pareil, vous pouvez aller chez les gens passer un peu plus de temps à les masser ou juste aller les voir pour discuter aussi. Voir ce qu'ils attendent ben de

l'après, de nous, voir comment il envisage un peu la suite quoi. Et tout ça en fait ça reflète un peu notre métier on ne fait pas que du nursing.

L'après-midi, si je comprends bien ces soins de préventions, c'est des soins plaisir cocooning euh.

Voilà c'est ça, c'est plus ça. Je vois on est quand, on est lundi. Mercredi après midi je vais chez un de mes patients, c'est un jeune. Donc le but là, c'est de regagner un peu de motricité. Donc je vais adapter les jeux de manière à ce qu'ils puissent se servir de son membre qui se sert le moins.

D'accord.

Après c'est un jeune homme aussi qu'à quelques petits soucis d'acné. Donc on peut faire un masque à l'argile enfin des trucs que voilà.que la famille n'a pas forcément le temps de

Faire. Et puis nous ça permet aussi de discuter avec le patient, hors famille. Parce que des fois ils nous disent des choses quand euh, la famille est pas là qu'ils n'osent pas dire quand le proche est là quoi.

Hum

Donc ça peut aussi déverrouiller certaines situations dans certains cas.

Hum

Où nous on peut adapter aussi notre soin par rapport à ce qu'on peut entendre.

Avec le patient et la famille c'est ça ?

Oui en fait. Oui avec les deux. Nous on fonctionne avec les deux. On fonctionne avec la famille et les aidants. Pour nous un aidant c'est précieux, on en prend soin aussi. Parce que sans l'aidant la personne peut pas rester chez elle.

Hum.Hum

Quand vous dites que vous en prenez soin ainsi que c'est précieux, comment, est ce que vous pouvez me donner des exemples, justement?

Ben, là on a une dame donc qu'à une grosse pathologie, le monsieur s'en occupe quasiment, enfin s'en occupe tous les jours, 24h sur 24. On va surveiller voir s'il est pas trop fatigué euh, s'il a pas mal quelque part on va poser des questions savoir si on peut l'aider. Après nous, dans les techniques qu'on peut lui aussi, on lui a montré comment faire les transferts de manière à ce qu'il ne se fasse pas mal. Après il sait qu'à tout moment il peut nous appeler en dehors de la présence de sa compagne. S'il a des choses à nous dire, s'il avait besoin de parler tout ça on est là.

Donc il peut échanger avec vous en dehors du temps de travail et vous faites également des petites actions de formation pour l'aider euh.

Bah, les actions de préventions c'est essentiellement pour le patient mais si on peut faire quelque chose où on peut lier l'aidant de manière à ce que ça peut lier les deux, on peut le faire aussi.

D'accord

Une prise en charge globale patients et familles

Ah oui tout temps, oui. On essaye de faire attention à tout. Evidemment la priorité c'est notre patient c'est pour ça qu'on nous demande d'y aller.et après si dans un couple de personnes âgées on voit, ben admettons que monsieur qui est malade mais que madame s'épuise. au bout d'un moment on va avoir des soucis parce que monsieur pourra plus rester à la maison, si madame est hospitalisée. Donc il faut qu'on prenne soin des deux.

Hum

L'un ne va pas sans l'autre.

Jamais.

Et euh, est ce que vous pouvez me décrire un peu plus votre identité métiers sur le plan des valeurs ou de votre perception ?
Ben, je sais pas trop comment, puff
Ou de vos missions, votre rôle ?
Ben notre rôle, on est là essentiellement pour faire du nursing, donc euh. Le matin et bien il faut que en fin de matinée tout le monde soit propre et habillé.
Hum
Après, selon les cas et bien on a aussi un grand temps d'écoute comme je vous disais.
D'accord
Bon c'est, c'est vrai que le principal de l'aide-soignante c'est le nursing. Voilà après nous à domicile on peut donc oui on a davantage de temps pour écouter. Donc des fois le soin il va prendre 20 minutes, on va prendre un café avec eux et on va rester re 20 minutes.
Hum
Alors que Voilà. Mais nous, enfin, [Nom IDEC] notre cheffe, elle nous dit tout le temps, de toute façon la discussion fait partie du soin. Et tout à fait
Hum.
Parce que si on arrive à discuter avec eux, et puis des fois on est la seule personne qu'ils voient dans la journée.
Hum
Donc c'est important aussi ce temps de discussion.
Hum, Ouais, C'est important
Bah, on est leur seul. Y'a certaines personnes on est leur seul regard extérieur avec l'extérieur. Enfin euh.
Hum
S'ils ont journal, ben ils vont voir un peu ce qui se passe mais je vois par rapport, par rapport à la conjoncture actuelle surtout. Les gens ils nous posent des questions parce qu'ils savent que nous on se promène un peu partout. Je vois quand il y a eu le pic à [ville] et bien ils voulaient savoir si oh la la, fallait vraiment faire attention, où est ce que c'était. Enfin
Hum
Après il y'a des choses qu'on peut pas leur dire parce qu'on est tenu au secret professionnel. Mais, je vois ils veulent toujours un peu savoir, surtout quand il y'a des endroits ou tout le monde ce connait là.
(rire)
Ils savent qu'on passe dans les maisons, euh, tout de suite, ils veulent être au courant. Mais là on n'a pas droit par contre là. C'est du secret professionnel donc ça ils l'entendent aussi. Mais de toute façon, ils arrivent toujours à savoir donc euh. Ils arrivent à nous apprendre des choses que nous on sait même pas chez les gens. Donc euh.
(rire)
Ah ouais non mais c'est impressionnant ! Non mais c'est ça le métier d'aide-soignante, c'est, c'est un tout, c'est euh. Le soin certes mais y'a toute l'écoute autour. La surveillance aussi beaucoup.
Hum.
On observe beaucoup.
Ouais, surveillance, observation.

En fait, on observe, bah euh. On observe euh, comment ils sont. Quand on s'occcupe d'eux, on est toujours à observer s'il y'a quelque chose qui va pas quelque part enfin. C'est vrai qu'on a tendance à avoir les yeux partout, que ce soit sur le patient et autour d'ailleurs.

Quand vous dites autour c'est justement la famille, l'environnement ?

Oui l'environnement tout ça oui.

D'accord Hum.

Des fois on y va on s'est qui s'est passé un truc avant qu'on arrive parce qu'on sent une certaine tension ça se ressent. Donc dans le soin on essaye de dire : « bah écoutez ce matin je vous trouve comme ça. Est ce que vous voulez qu'on en parle ? » Il y'a des fois des gens qui me disent clairement non. Alors après on respecte un. De toute façon c'est leur vie aussi. On n'a pas à s'initier non plus dans leur vie privée. En fait c'est eux qui décident du moment euh, du moment où ils veulent nous parler ou pas d'ailleurs.

Ils restent maitre des échanges.

Oui.

Bah oui tout à fait. De toute façon, en règle générale, c'est quand même eux qui décident.

Hum

Heureusement d'ailleurs. C'est pour ça, c'est pour ça que c'est bien le domicile aussi.

Ouai

Ben oui parce que du coup, c'est eux qui décident.

Quand vous dites que

On a pas à leur dire, à telle heure vous manger, à telle heure vous faites ça, à telle heure vous faites ça. C'est, c'est eux qui décident de tout ça. Je vois même l'heure de notre passage. En général on essaye que se soit pas eux qui décident par ce que voilà on à 47 patients On va pas passer tout le monde à 7h30 le matin. On essaye de négocier un peu mais y'a certaines personnes c'est non c'est 7h30et voilà quoi. Mais normalement euh, normalement ils décident pas de l'heure de passage.car c'est quand même un service, c'est quand même une prescription médicale à la base le SSIAD.C'est quand même un service.

Donc on arrive quand même à négocier certains horaires mais quand on arrive en retard, des fois ils sont pas très contents, mais bon. On ne peut pas non plus aller plus, aller plus vite ailleurs pour respecter le souhait. De tout' façon en général, on donne pas trop d'heures. Enfin sauf le matin donc à 7h30 on leur dit « voilà on sera là ». Mais après on donne pas euh : « on sera là à 9h15, à 9h30 », on ne donne pas d'heure précise parce que selon que ça se passe bien ou pas avant, eh bien on peut avoir des retards.

Moi, j'vois l'autre jour euh, je suis arrivée presque une heure en retard chez un patient d'une de mes collègues parce que elle, elle avait eu un problème. Donc [nom de l'IDEC] m'a appelé pour voir si je pouvais passer parce qu'elle, elle avait autre chose à gérer.

C'est dans ce sens là que vous parlez de travail d'équipe. Justement, [nom de l'IDEC], c'est votre infirmière coordinatrice c'est ça ?

C'est ça oui. Hum

Mais toute façon, oui, mais on travaille beaucoup en équipe que ce soit par les transmissions. Donc on essaye de gérer les transmissions euh. Que ce soit sur le téléphone parce qu'on est euh, on a un téléphone avec notre tournée. On peut mettre nos transmissions et on a nos dossiers patients dedans.

Hum

Et chez chaque patient il y'a aussi un classeur avec euh, un diagramme de soins et euh, des feuilles de transmission

D'accord
Donc en général, on écrit sur les deux parce que ça dépend euh. Y'en a qu'on l'habitude de regarder sur place d'autres sur le téléphone donc on essaye de, de gérer un peu les deux. Moi je reconnais que je mets plus facilement sur le téléphone. Parce que je le fais tranquillement après en fait.
Après euh.
Bah, après quand j'ai fait mon patient en fait. Quand j'ai terminé avec le patient, je m'en vais et je mets mes transmissions dans la voiture.
D'accord.
Parce que souvent ce qui se passe c'est que quand vous les mettez sur le classeur. Après, enfin c'est normal qu'ils sachent mais euh. Y'en a :« ah bah oui mais pourquoi vous mettez ça ». « Ah bah oui mais si vous mettez ça il va falloir faire ça ». Donc pour éviter tout litige et pour que les choses soient claires pour tout le monde je préfère les faire sur le téléphone sereinement. Après y'a des fois il y'a des choses qu'on observe et on ne veut pas les affoler. Donc si on avait mis sur le classeur pour dire : « voilà j'ai trouvé que la dame est essoufflé ».
Bah l'aidant, il va dire : « la la qu'est ce qui s'passe » donc euh des fois c'est juste une surveillance en quelques jours et on n'a pas besoin de rameuter tout le monde. Donc au moins on surveille, tout le monde est au courant qu'il faut surveiller. Et puis s'il y a quelque chose à faire et bien on mettra donc l'aidant au courant et puis il y' a rien voilà tout va bien. Mais on veut pas non plus inquiéter des gens. C'est comme quand on dit que ça commence à y avoir une plaie au niveau de sacrum. Les gens, tout de suite, ils ont entendu dire que ça allait faire un escarre. Tout de suite c'est les grands mots en fait. Alors que souvent, c'est juste un petit frottement. Enfin c'est pas méchant. Donc moi, je sais que pour pas inquiéter les gens je préfère, je note rien. Sur le classeur, je vais mettre les choses qui m'inquiète pas
Et dès qu'il y'a des trans particulière vous notez sur le téléphone c'est ça ?
Ouais. Et puis souvent quand c'est particulier, moi j'appelle [nom de l'IDEC] parce qu'il faut qu'elle soit au courant. Après s'il y'a une rougeur au sacrum, je vais pas appelé [nom de l'IDEC]. En soi, on va surveiller. Si j'ai trouvé que la dame était vraiment essoufflée, enfin, j'ai trouvé que c'était plus important que d'habitude. Là j'vais la prévenir.
D'accord
Parce que souvent ces gens en difficulté. Il y'a aussi une infirmière qui passent dans la journée. Donc du coup elle va prévenir l'infirmière pour qu'elle aussi puisse constater et faire ce qu'il faut.
L'infirmière libérale.
Oui. On marche avec des infirmières libérales avec des kinés aussi. Bon les kinés on les voit. Enfin personnellement, je les vois pas trop. Après nous, mais on sait qu'ils sont là. Il y'a des ergo qui passe dans certaines familles pour adapter le matériel. Euh. Après on fonctionne ben euh, après, avec le SAMU bien sûr quant il y a des urgences.
Hum
Ben autrement, ben c'est tout. Sinon on marche beaucoup avec X, bah, c'est un prestataire qui fournit matériel médical. Tout ce qui lit, protections tout ça. Donc nous on est en capacité de conseiller les gens, du fait qu'on connaît le prestataire.
D'accord.
Après ils choisissent leurs prestataires, mais on leur dit ce qui existe.
D'accord.
Vous conseillez sur X

Oui au niveau des changes et tous ça, on conseille, quand on peut. Euh, au niveau du matériel des fois quand il y'a besoin d'un verticalisateur ou d'un lève personne et bien euh, c'est pareil. On va en parler à [nom de l'IDEC] et après on va conseiller au niveau des gens. Après souvent quant il y a une entrée de gros matériel comme ça c'est [nom de l'IDEC] qui gère avec le patient et puis avec le prestataire. Nous on dit voilà on a des difficultés.

D'accord

Euh, [nom de l'IDEC] va se déplacer pour évaluer la difficulté. Et à partir de là, elle, elle on va mettre en place ce qu'il faut en face.

D'accord

Elle nous laisse jamais dans la difficulté.

Elle appréhende, en fait, elle se déplace pour un petit peu mieux appréhender la difficulté, argumenter au regard du prestataire c'est ça ? Ce que vous m'avez dit ?

Mais aussi, au niveau du patient. Parce que pour faire entrer du matériel chez quelqu'un. Euh, chez certaines personnes ça se passe bien, voilà ils en ont besoins, ils se rendent compte. Mais chez certaines personnes, c'est un pas en avant dans la pathologie. Et des fois euh, les gens se rendent pas bien compte en fait. Il y'a certaines personnes ils se rendent pas compte qu'on a besoin d'un verticalisateur. Ils se rendent pas compte. Et des fois chez certaines familles, c'est difficile de faire entrer un, du matériel en fait. Parce que ça les mets vraiment face au problème. Enfin, moi je le ressens comme ça. Et du coup ils se rendent compte que bah ça avance. Que en fait ne s'arrange pas.

Hum

Des fois, c'est compliqué de faire entrer du matériel. Tandis que si [nom de l'IDEC] vient au cours du soin, qu'elle constate les difficultés. Elle arrive plus facilement à négocier avec les gens. là où il y a des réticences en tout cas elle arrive plus facilement à négocier.

Et pourquoi vous pensez qu'elle arrive mieux à négocier que vous ?

Mais parce que nous je pense qu'on fait partie de leur quotidien et ils nous le disent.et c'est une infirmière. On a toujours, je pense à la tête de certaines personnes l'aide-soignant est en bas, l'infirmière est en haut. Et du coup ils écouteront mieux une infirmière ou un médecin. Moi je voyais où nous, chez certaines personnes,il y'a des choses qu'on dit depuis des semaines, des semaines, des semaines et des semaines et il suffit que [nom de l'IDEC] appel et ça passe.

Alors qu'elle a rien fait plus. Mais ça c'est dans beaucoup d'endroits. Si le médecin a parlé c'est parole d'évangile donc tout va bien.

Hum

Mais on peut faire nous, les mêmes constatations. Mais on n'est pas médecin. Il y'a toujours je pense encore je dis pas chez tout le monde, et pis ça, ça évolue aussi heureusement. Mais il y'a dans certaines, j'vois, chez les personnes âgées en l'occurrence et bien c'est le médecin qu'est, c'est le chef.

Hum

S'il médecin m'a dit c'est que voilà. Après on sait comment ça marche, donc bah, c'est pas grave. On suit la ligne. Et puis, nous on s'arrange pour que ça fonctionne pour que tout le monde y trouve son compte. Parce que le matériel c'est bien pour nous mais c'est surtout bien pour eux. Parce que si on les manipule dans de bonnes conditions et bien on se fait pas mal.

Hum

Et on fait pas peur

Hum

C’est, quand vous faites un transfert un peu euh, un peu kamikaze des fois euh. Vous, vous faites peur, mais le patient aussi quoi.

Hum

Tandis que si on leur explique, qu'avec ce genre de matériel, ils risquent plus rien du tout et que ça va bien se passer en général. Bon, au début il y a des appréhensions parce que je sais pas si vous avez déjà essayé un verti. ou un lève personne, ben ça fait bizarre au début.

Hum

Les sensations sont pas forcément très agréables.

Oui tout à fait

Mais après, quand une fois qu'ils ont bien compris, qu'ils sont en totale sécurité. ça se passe hyper bien.

Comme vous dites.

En fait, c'est la sécurité d'abord.

Hum.

Sécurité d'abord pour le patient, c'est ça ?

Oui ah bah oui pour le patient. Ben, pour nous aussi parce que si on se fait mal euh. On va faire mal à tout le monde. Mais euh. Après comme on le dit tout le temps. il faut aussi qu’on sache prendre soin de nous pour pouvoir prendre soin des autres.

Hum Hum.

Prendre soin en tant qu’employé.

C’est ça.

Et quand vous parliez tout à l'heure que vous travaillez avec les kinés, les infirmières libérales, les ergo ou même le prestataire. Est ce que vous pourriez me définir un petit peu plus, ce que vous entendez justement par collaboration inter et pluri professionnelle ?

Et bien avec les infirmières libérales euh. On transmet nous, le, les observations qu'on a. Euh, en ce moment chez une dame, on travaille plus ou moins binôme parce qu’elle est en fin de vie. Non parce qu'elle est en fin de vie. Donc pour éviter les manipulations euh, on attend que l'infirmière soit là parce qu'elle a des choses à faire euh. Quant la dame est déshabillée. donc pour éviter de rhabiller la dame, redéshabiller la dame. On attend l’infirmière.

D'accord

Où elle nous attend. Enfin, on essaye d’être la en même temps en fait. Et euh, donc du coup là on travaille en binôme.

Hum

Après euh, par rapport à certaines observations on peut travailler en collaboration avec eux, dans le sens où si on observe des choses. On a une dame là, qui faisait un petit peu n'importe quoi avec son insuline.

Hum

Nous on l'a signalé. Euh, Après au niveau pansements euh, nous euh, il y a certains pansement qu'on fait mais après il y a certains pansements on n’a pas le droit de le faire. Donc du coup, c’est l’infirmière qui le fait, donc on passe le relais. Après avec le kiné, nous on peut aussi constater euh, j’vois souvent chez des gens qui sont souvent hémiplégique les progrès ou pas. Donc on transmet ce qu'on voit. Euh, les ergo, souvent euh, les familles, enfin ça fait parti d’un circuit et du coup, on peut nous euh, émettre les difficultés qu'on peut avoir et l’ergo peut mettre le matériel ou expliquer aux gens en face, comment faut faire. Là on a eu, euh un changement de sangles récemment parce que la sangle glissait beaucoup sous le patient et le soir quand on. Enfin la sangle du lève malade,

quand on récupérait le patient le soir. Euh, c'est un patient assez corpulent donc on pouvait pas remettre la sangle comme il fallait sous les fesses du monsieur.

Ouai.

Et c'est vrai que des fois lors des transferts euh, Enfin, on perdait pas notre temps entre le fauteuil et le lit.

Hum

Il s'est jamais rien passé mais on trouvait que cette sangle, c'était un peu juste. Bon là ils l'ont changé donc c'est beaucoup mieux. Euh.

Après quand on a des demandes. Ben, j'vois la dame qui est en fin de vie. On a fait des demandes de cerceaux, enfin d'arceaux pour éviter le frottement au niveau des pieds. Euh, y'a un coussin à billes qui est rentré dans la, la boucle de manière à bien l'installer comme il fallait le soir car c'est une dame qui aime bien être caller. Et dans des oreillers ont trouvait qu'elle s'enfonçait un peu. Euh, donc, en fait, c'est ça la collaboration dans, avec tout le monde. On transmets ce qu'on voit, on transmet, beh ce qu'on sait aussi au départ du patient et eux, ils peuvent nous aider aussi quand on a certaines interrogations.

Les autres professionnels ?

Oui

Quand vous dites « ils peuvent nous aider »?

Oui,

Oui c'est ça, c'est les autres professionnels.

Oui oui

Comme les ergo par rapport à la sangle ?

Voilà, tout à fait.

Et quand vous dites : « on transmet la, on transmet ce qu'on voit » comment vous transmettiez?

Par [nom de l'IDEC].

D'accord. Par l'IDEC.

Nous en fait, on est euh, les yeux sur le terrain. On remet à [nom de l'IDEC] ce qu'on voit. Et [nom de l'IDEC] en fonction des informations qu'on lui donne, elle va dispatcher au niveau du personnel concerné.

Dispatcher, d'accord. Elle A un rôle…

Elle est en mesure de nous aider on va se passer euh, on va se passer des autres intervenants..mais s'il y a vraiment besoin d'un autre professionnel on a. Enfin, le réseau, c'est les professionnels du coin euh. Et à partir de là, elle va savoir, en fonction de l'information qu'on va lui donner, elle va savoir qui interpeller ou pas.

Hum

Vous êtes ses yeux sur le terrain comme vous l'avez dit. Et elle, elle coordonne les acteurs c'est ça ?

Oui, voilà tout à fait.

Et du coup, quand est ce que vous êtes amené justement à collaborer avec d'autres professionnels

Beh, là au niveau de l'infirmière, c'est chez des gens où il y a des soins particuliers, des sorties d'hôpitaux. Euh, on croise, moi je sais qu'on croise l'infirmière aussi mais quand elles viennent le matin pour des injections d'insuline. Donc on les croise en fait beaucoup.

Hum.

Et je vous dis là à part le cas de la dame ou là on travaille vraiment, enfin euh. Depuis ce weekend on a travaillé en binôme avec eux, parce qu'en fait y'a l'HAD qui a été mis en place chez cette dame.

D'accord

Donc, du coup, l'infirmière est plus présente. Et euh, là du coup on est obligé de travailler à deux.

Vous travaillez souvent à 2 quand y'a l'HAD, c'est ça?

Beh, pas tous le temps mais dans ce cas là oui parce que, pour éviter que, que la dame est très très douloureuse donc aux manipulations, on essaye de la manipuler le moins possible en fait.

Hum

Parce que ben, Si vous, vous passez vous l'a manipulé et que l'infirmière elle passe, vous la manipuler. Ben c'est pas gérable.

Hum

Donc, pour le confort du pa. enfin, pour le confort de cette dame, euh. Ce weekend on s'est mis d'accord quoi.

Hum. C'est face à des situations particulières de patient si je comprends bien que vous faites euh?

En fait oui, s'adapte à chaque situation. Je vois la dame, chez qui y'a des injections d'insuline. Ben, on croise l'infirmière donc on discute comme ça euh, ben de cette dame là. On discute avec la dame aussi de ce qu'elle peut. Ben c'est vrai qu'on se croise beaucoup. Enfin, moi pour ma part, j'ai la sensation de les croiser beaucoup. Par contre on a leur téléphone. Donc si on a un problème, on sait qui interpeller si y'a un souci chez un de nos patients.

Ah oui d'accord.

Vous pouvez, si vous voyez la dame là, avec son problème d'insuline, c'est urgent, vous pouvez directement appeler l'infirmière libérale. C'est ça ?

Tout à fait. Moi je vois y'a un matin, j'ai eu un problème dans le pilulier. Parce qu'on donne pas les médicaments. Mais quand la dame elle a pris ses médicaments, elle m'a dit « oh là là c'est bizarre il y en a deux pareils, comment ça se fait et tout ». Je dis ben écoutez le seul moyen de savoir c'est euh, ben d'appeler l'infirmière. Parce que moi je n'ai pas les compté, j'ai pas le droit de toucher aux médicaments et en aucun cas je vais prendre l'ordonnance pour vérifier. En plus, les médicaments sont déballés donc j'ai aucun moyen de contrôle. Et c'est pas mon rôle au niveau de la loi, j'ai pas le droit. Donc, ben j'ai appelé l'infirmière qui a rappelé euh, allez trois minutes après. Et puis on a vu ensemble le problème et pis elle a dit « voilà, je repasse dans une demi heure, je vois avec la dame. Elle touche à rien et on voit ça ». Donc on a toujours quelqu'un euh.

Y'a toujours quelqu'un avec qui

Ah oui tout à fait. En fait on est seul dans nos soins, mais on n'est jamais seul euh complètement. Parce qu'on a toujours un, un recours au cas où quoi.

Hum

On est seul physiquement mais y'a toujours un recours quoi.

Hum D'accord.

Hum.

Et euh, ça implique quoi selon vous justement, de travailler avec d'autres professionnels ?

Ben un échange déjà. Et puis une meilleure prise en soin de nos patients parce qu'au moins il y'a une prise en charge globale euh. Y'a pas euh, nous d'un côté avec le nursing, eux avec le côté médical en fait. Nous pour prendre, une personne en soin, on a aussi quand même quelque part besoin de savoir ce que la patiente elle a et euh les besoins qu'elle a. parce qu'il y'a des, des choses

qu'il faut pas faire. Donc euh, si on n'est pas informé euh, ça peut être vite compliqué. Et euh l'avantage d'avoir euh une relation avec les infirmières c'est sécurisant pour tout le monde parce que du coup, la patiente elle sait que s'il y a une difficulté on peut appeler quelqu'un. Et nous sait que si on est en difficulté on peut aussi appeler quelqu'un.

Hum.

Cette notion de boucle comme vous disiez tout à l'heure.

Voilà c'est ça. Et puis, ben après moi ce qui me manque en fait, par rapport à l'hôpital c'est ce binôme avec l'infirmière. Parce qu'en service de médecine vous travaillez beaucoup en binôme avec les infirmières.

Hum Hum

Et au début quand, j'ai fait du SSIAD c'est ce qu'il me manquait en fait. Parce que en plus, moi j'aime bien continuer à apprendre et euh souvent vous continuez à apprendre beaucoup avec les infirmières, dans certaines observations euh, dans certains comportements. En plus moi je suis jeune dans le métier donc euh, j'ai pas l'expérience de quelqu'un qui travaille depuis dix quinze vingt ans.

Hum

Et euh, y'a des observations, j'ai pas encore certains automatismes. Ca va venir mais je les ai pas. Et euh, du coup quand vous travaillez avec une infirmière ou une autre aide-soignante du coup, plus âgé.

Hum

Enfin plus âgé dans le métier que vous, et bien vous apprenez.

Hum

Et nous c'est l'avantage qu'on a au niveau de l'ADMR c'est qu'on peut continuer à former et facilement du coup. On nous propose des formations donc ça c'est bien.

Ouai. Ça vous apporte quoi justement est de se former ?

Ben de continuer à apprendre. Étoffer un peu plus, ce que je sais déjà. Je vois là en ce moment, je suis en formation ASG. Donc du coup euh, par rapport à la pathologie d'Alzheimer entre autres, plus toutes les autres démences, ça permet d'adapter son comportement parce que des fois vous ne savez pas trop comment réagir.

Hum

Parce que moi des gens Alzheimer, j'en avait vu en maison de retraite mais on me disait voilà tu fais comme ça avec elle et tu fais comme ça avec elle. Mais là quand je vais chez eux, c'est ben, tu te débrouilles pour faire comme ça, parce que t'as pas les, t'as pas toutes les clés, t'as pas. La personne elle est chez elle donc elle se comporte autrement. Et puis, euh et puis c'est, c'est différent. Et euh, en maison de retraite souvent les gens sont là depuis longtemps donc les anciennes de la maison de retraite vous donne le mode d'emploi.

Hum Hum

A domicile, quand vous prenez quelqu'un en charge et bien vous l'avez pas le mode d'emploi. Il faut, il faut l'établir en fait. Et en plus le mode d'emploi qui est valable lundi matin est pas forcément valable le lundi soir avec ces gens là.

Hum

Donc euh enfin, faut s'adapter tout le temps, faut, enfin faut, faut savoir faire tout le temps en fait. Et ça j'aime bien en fait car on apprend en continue tout le temps. Et la formation d'ASG ça vous permet d'avoir des clés aussi par rapport à certaines choses à laquelle vous n'aviez pas penser. Donc c'est pas mal.

Des clés sur ce type de pathologie là, c'est ça ?

Oui par rapport à ça, par rapport à la SLA aussi. Par rapport à l'évolution cette maladie. Bon là moi, j'ai fait des recherches de mon côté parce que je voulais savoir. Euh et puis à ma MSP euh que j'avais passé à l'école d'aide-soignante, j'avais eu un monsieur avec la maladie de Charcot et ça se ressemble beaucoup. Et du coup avec ma MSP, moi j'avais fait beaucoup de recherche.

Hum.

Pour savoir ce qu'il fallait surveiller comment il fallait le surveiller. Euh, parce que c'est une maladie qui est évolutive, très très très rapidement, donc euh. J'avais préféré chercher avant. Que c'est vrai que toutes les recherches que j'avais fait à l'école, elles me servent au jour d'aujourd'hui avec cette dame.

Et justement, est ce que vous pouvez me dire ce qui vous aident, ce qui vous a aidé à développer votre identité métier en formation initiale ? S'il y avait des éléments ou des outils clés à retenir que quels seraient ces éléments ?

Qu'est ce que vous appelé identité métier parce que ?

Qui vous êtes devenu en tant qu'aide –soignante ? Qu'est ce qui vous a aidé à vous développer dans la formation initiale pour devenir l'aide soignante que vous êtes aujourd'hui ?

En fait moi, dans ma tête euh, j'ai donc passé cette formation parce que il faut être diplômé.

Hum.

C'est mieux. La formation, tout au cours de la formation, euh, tout au cours de la formation, je me suis demandé ce que je faisais là parce que euh j'avais 45 ans. Quand vous étiez en stage, c'était 5 jours sur 5 enfin 5 jours sur 7 et je vois y'a un stage ou je me levais chaque jour à 5h du matin. J'avais ma MSP 2 à préparer en même temps, enfin le module 2 à préparer en même temps donc c'était du par cœur et tout. Et en fait j'ai commencé la formation septembre et fin novembre je me suis dis « mais t'es une grande malade, faut t'arrêter quoi». Et après ben non parce que je suis pas du genre à arrêter. Donc j'ai continué, je dis « ben écoute maintenant que tu as commencé, tu vas aller jusqu'au bout. C'est dommage t'as eu tes premiers modules donc ça veut dire tu vas y arriver ». Donc j'ai continué et euh donc j'ai été diplômée. Donc très contente de moi. J'avais appris plein de nouvelles choses. Bon des choses que je connaissais déjà. Et euh parce que j'avais eu des gens malades autour de moi. Donc euh quand vous avez des gens malade autour de vous, y'a certaines choses que vous apprenez quand même parce que vous vous êtes renseigné.

Hum

Quand vous prenez quelqu'un en charge de votre famille, ben euh, à l'hôpital vous vous renseigner un peu comment faut faire quand même.

Hum

Enfin, moi je suis comme ça.

Hum

Et euh, après quand j'ai commencé à travailler, enfin, ce que j'appelle pour de vrai. Enfin, après, j'ai aussi fait des stages d'immersion en maison de retraite dont j'avais vu à peu près aussi comment ça fonctionnait.

Hum Hum

Quand j'ai commencé à travailler pour de vrai, je me suis dit ben voilà maintenant t'es toute seule donc tu te débrouilles. Mais en fait c'est venu tout seul car j'ai l'impression que ça a glissé tout seul avec les outils qu'on m'avait donné à l'école, avec mon vécu et avec les dossiers patients quand vous prenez quelqu'un en charge en fait. Et puis moi après quand j'ai des questions enfin, je suis pas du genre à, à ruminer dans mon coin. Je vais chercher à, je vais chercher l'information d'une. Enfin d'une façon ou d'une autre, je vais la chercher l'information. Alors pas forcément sur internet parce

que c'est bien et des fois c'est pas bien du tout. Et euh, je préfère aller vers des professionnels de santé. Et nous, on a donc du coup au SSIAD de [ville] on a cette richesse là, on a [nom de l'IDEC].

Hum

Et moi après à l'hôpital, je fonctionnais beaucoup avec les médecins ou avec mes collègues infirmières. Parce que j'ai eu aussi la chance de tomber sur des gens qui, qui aimait transmettre même aux aides soignants.

Hum

Donc de là, de ce côté là j'ai beaucoup de chance

Quand vous dites même aux aides-soignants et ?

Parce que des fois les aides-soignantes sont les relais un peu voilà tu fais tes toilettes et t'as pas besoin de savoir. J'ai eu cette situation là, à l'hôpital de [ville] où euh, j'ai commencé à poser des questions sur des choses et on m'a dit « mais écoute, mais de quoi tu te mêle, ça ne te concerne pas, de toutes façons tu n'as pas le droit de le faire». Ben je dis « je suis d'accord mais ça n'empêche pas de savoir »

Hum.

Je vois sur, y'avait une équipe mobile de soins palliatifs. J'étais passé deux jours avec eux parce que ça m'intéressait. Quand je suis revenu, euh, j'étais en stage, j'étais pas diplômés. On m'a dit « mais attend, mais qu'est ce que tu as été faire là bas. De toute façon on n'appliquera jamais ce que t'as vu. » Après voilà quoi. Mais euh, parce que on me dit, « ben oui mais tu sais tu n'es qu'aide-soignante. T'es là pour nettoyer les gens, t'es pas là pour euh, t'es là pour leur donner à manger, t'es pas là pour eux ». Ben je suis pas d'accord, mon métier c'est pas que nettoyer les gens, c'est pas que leur donner à manger. c'est aussi m'intéresser à eux et savoir comment je peux les aider.

Et ça pour vous c'est la vision de l'hôpital de l'aide soignante justement euh donner à manger ?

Dans certains services, dans certains domaines oui. Pas tous, heureusement ! Euh, je vous dis moi, quand je suis tombé en médecine à [ville]. Enfin, quand l'hôpital était encore à [ville], j'ai pas ressenti ça du tout. Y'avait des médecins nous qui m'était des bassins. Euh, chose que j'ai pas vu à [ville] enfin. A [ville], on appelait des aides-soignantes. Enfin si à [ville], à l'hôpital de [ville], y'a une troisième année infirmière y'a longtemps, je me suis permise de la recadrer. Elle est sortie de la chambre, elle a entrouvert la porte me disant « dit donc tu peux venir mettre le bassin ». ben, je lui ai répondu gentiment « bah écoute ta première année, tu relis tes compétences et puis on en reparle ». Du coup elle a mis le bassin mais elle s'est vite dépêchée pour que ce soit moi qui l'enlève. Après voilà. Il y'a certaines infirmières qui vous font bien comprendre que vous êtes aide-soignante quoi. Mais après je pense que c'est pas un esprit. C'est des mauvaises rencontres, moi j'appelle ça.

Pour vous c'est, quand vous dites « c'est qu'un esprit c'est pas » c'est-à-dire, c'est pas la vision globale des professionnels de santé sur le métier de l'aide-soignante mais c'est certaines personne.

Non, je pense pas. Honnêtement je pense pas. C'est vraiment certaines personnes dans un service.

Hum

Mais heureusement c'est pas général.

Hum

Enfin, du moins, je, je, je enfin du moins j'aime bien croire ça en fait. Enfin j'espère. mais honnêtement non, je pense pas.

Hum

Parce que ben, on est quand même euh, même dans les hôpitaux, on est quand même les yeux des gens qui décident, quand même, à quelque part.
Hum
Si l'infirmière, vous lui transmettez pas la rougeur qui y'a dans le change, elle la verra jamais.
Hum
Les rougeurs.au talon, non plus d'ailleurs parce que l'infirmière à l'hôpital ça découvre pas les gens. Ça prend une tension, ça fait des piqûres, ça change des perfs. Mais après euh, il y en a certaines si le soir elles font les soins de nursing avec nous donc celle là elles vont pouvoir voir.
Hum
Mais il y en a certaines, non elles sont infirmière.
Quand vous dites qu'elles sont infirmières, c'est qu'elles s'arrêtent à la technique, point bar.
Ouais voilà. En fait elles ont oublié que elles, elles été, ont aussi été diplômée aide –soignante la première année. Après, je conçois. Enfin, le, les infirmières elles ont pas le temps non plus, c'est comme nous, on a chacun notre boulot parce que. C'est plus une question de timing.
Hum
Bon après chez certaines, c'est quand même un tempérament. Mais euh, moi toutes les collègues que j'ai rencontré euh en médecine à [ville]. Euh, il y en a peut-être une qui avait cette optique là, là genre « non, non, moi je suis infirmière », les autres non. (silence)
Donc non je vous dis c'est vraiment euh, il y en avoir une dans le service.
Hum
Après c'est comme partout y'a du bon et du mauvais, moi je garde que le bon en général.
[rire]
Donc si je reviens de, par rapport à votre formations, vous parliez d'outils, est ce que vous pouvez me donner des exemples d'outils qui vous ont aidé ?
Et bien la connaissance du corps humain. Parce que, ben, j'avais une connaissance un peu globale, un peu comme tout le monde quoi. Il y avait des endroits je savais pas qu'ils pouvaient avoir un escarre euh au crâne. je pensais que c'était euh, le sacrum, les talons. Euh genre les coudes, j'aurais jamais pensé que ça pouvait aussi être une zone de frottement. Je sais pas pourquoi. Parce que quand j'y réfléchis c'est évident. Après les épaules c'est pareil, en fait c'est tout ce qui touche au plan plat quoi. Mais ça, c'est vrai que dans ma tête. J'avais pas schématisé ça comme ça. Après euh, certaines surveillances aussi quand vous voyez quelqu'un qui est en hypo il faut savoir reconnaître les signes. Bah, ça c'est un truc que moi avant je savais pas euh. Je disais bah voilà, je disais, « bah, voilà, elle va pas bien » mais euh de là à dire où est ce que c'était. Les l'hypotension, je savais un peu plus parce que ça m'était arrivé à moi.
Hum
Donc du coup là je savais à peu près les reconnaître. Mais il y a des petites choses comme ça, ça surtout dans l'observation du patient euh. Après euh comme la communication non verbale en fait je la faisais sans savoir. Ça du coup, je l'ai développé un peu plus. Euh, enfin, j'ai cherché à développer un peu plus, pour avoir un peu plus de cordes à mon arc quand j'en ai besoin. Euh, mais c'est toutes ces petites choses en fait des techniques qu'on apprend comme les techniques de manipulations parce que souvent quand vous bougez des gens quand vous savez pas eh bien vous vous faite mal. Où vous faite mal surtout. Et après quand on apprend et ben euh, on sait comment faut faire et vous savez de quelle petite partie de votre corps vous servir. au lieu euh de vous servir de vos épaules ou de votre votre dos. Donc à partir de là.
Hum

Il y a plein de petites choses.
Hum
Des techniques, un raisonnement clinique et des connaissances si je comprends bien.
Voilà c'est ça. Après en fait, chaque jour on réfléchit tout le temps. Quand on voit notre patient, je pense euh, je ne sais pas comment font les autres mais on a l'impression. Enfin, moi quand j'arrive j'observe, et euh, comme on commence, certains qu'on voit souvent, on sait comment va se dérouler le soin.
On sait s'il est fatigué, on sait s'il a bien dormi, on sait s'il a mal.
Hum
Ça c'est pareil, je savais pas que ça se voyait, je pensais qu'il fallait le dire.
Finalement vous êtes peut-être allé chercher quelque chose au delà du diplôme quand je vous écoute ?
Enfin, moi je sais, j'ai été diplômé donc euh. Ce diplôme il fallait que je l'ai, pour pouvoir exercer dans le domaine où je voulais.
Hum
Donc de toute façon, fallait que je passe par là.
Hum
Euh, donc je suis passé par là. et après c'est vrai que enfin, moi je sais que 2017, ça fait presque 3, 4 ans que j'exerce.
Hum
Euh mais, je, je enfin, je ressemble pas du tout à la personne que j'ai enfin que j'ai débuté. je veux dire, les connaissances, j'en ai mais beaucoup plus !
Hum
Et heureusement ! Mais euh, l'école en fait ils vous apprennent les bases. Ils nous le disent de toute façon : « on vous apprend, ben pour pouvoir débuter et après c'est votre carrière qui faite le reste ».
Hum
Et puis ça dépend du service où vous allez, ça dépend des gens que vous rencontrez aussi ça c'est important.
Hum ouai.
et je pense que ce soit le service où les gens c'est encore plus enrichissant que dix ans d'école.
Hum
Mais dans tous les métiers, de toute façon c'est ca. (silence)
Et après c'est à vous de savoir si vous voulez continuer à apprendre ou vous cantonner à ce que vous savez et dans votre petit train train, après bon chacun voit. il y'a des gens qu'on pas envie de continuer. Enfin, je veux dire ils font leur métier et puis c'est tout.
Hum
Mais moi je sais que non. Enfin, là euh la formation d'ASG. Après je sais qu'on m'a proposé la formation sur les soins palliatifs. Je vais la faire. Enfin euh. C'est, c'est enrichissant tout le temps et puis ça évite de faire des erreurs avec des gens.
Hum
Se former tout au long de sa vie.
Ah ben ça c'est une façon, je pense que dans n'importe quel corps de métier, enfin, j'veux pas dire que vous êtes obligé de le faire mais de toute façon, c'est la base quoi. Et en plus j'pense que ça permet de pas se lasser. Parce que du coup, vu que vous apprenez des choses nouvelles, vous observez les choses nouvelles. il ya pas de routine

Pas de routine ouais.
Au SSIAD général y'a pas de routine, enfin moi je le ressens comme ça.
A domicile, il n'y a pas de routine. Et j'aurais juste une dernière question pour vous ce serait quoi d'être un aide-soignant compétent
A l'écoute. Prendre soin et connaissance de son patient. (silence)
Hum
D'accord. Ecoutez prendre soin et connaitre son patient
Ouai. (silence)
Et surtout être à l'écoute de ses demandes.
A l'écoute de ses demandes. Ouai.
Ouai et de ses souhaits. (silence)
En fait, la base de notre métier c'est l'écoute. Enfin, je sais que moi je le ressens beaucoup comme ça, c'est l'écoute. De toute façon déjà quand vous prenez quelqu'un en soin pour la première fois vous êtes obligé de l'écouter. Sinon vous allez pas savoir ce qu il faut faire.
Hum
Parce que faire une toilette à quelqu'un oui c'est facile. Mais après il faut savoir enfin les habitudes. Si vous avez une personne qui prend une douche tous les jours. Vous allez essayer de caser ça dans votre emploi du temps pour qu'elle sa douche tous les jours.
Hum
Ca c'est être à l'écoute. Si vous avez une dame qui prend, admettons trois douches par semaine et qui fait qu'un shampooing. Ben, il faut le savoir aussi ça. Vous allez pas lui mouiller la tête à tous les coups. Ca c'est être à l'écoute.
Après il y a les écoute aussi par rapport à tout ce qui est psychologique par rapport à la dame. Y'a pas que le nursing. J'vois si y'a des gens qui sont malades et qui sont un protocole, des fois ils ont besoin de vous parler de ce qui se passe à l'hôpital. Enfin de comment ils ressentent la maladie, comment ils ressentent le traitement, ben vous êtes là pour les écouter.
Hum
Même par rapport à leur vie intime y en a certains qui nous confie certaines choses, par rapport à leur vie de couple, par rapport à leur relation avec les enfants enfin euh.
Hum
La solitude enfin tous ça quoi.
Hum
Ecouter, le maître mot.
Hum.
(silence)
Et euh, est ce que vous voulez aborder d'autres choses au regard de votre métier et de ces possibles transformation ?
Moi mon métier enfin il. Je sais pas, par transformation vous entendez quoi ?
Ben justement est-ce qu'il se transforme ? C'est ça ma question.
Ah oui (rire). Euh, ben je, enfin moi je pense qu'à domicile euh, de plus en plus, de toute façon le domicile va se développer parce que de plus en plus, les gens vont vouloir rester chez eux. Euh, de plus en plus, on met enfin, les moyens pour que les gens puissent rester chez eux. Euh et donc je pense que notre métier va évoluer dans le sens où il y aura plus une prise en charge globale. Ce sera plus du tout le nursing. Et d'ailleurs nous, au niveau de l'ADMR on est déjà en train de commencer par rapport comme les actions de prévention. Euh, on se contente plus d'aller faire la toilette des

gens. On prend vraiment la personne en charge dans sa globalité. C'est-à-dire que ben, dans sa vie, dans ses soins, tout quoi. Je pense que notre métier au niveau du domicile va évoluer comme ça.

Hum

De manière à ce qu'on puisse vraiment euh, garder les gens chez eux mais eux dans leur globalité. D'ailleurs, par euh, enfin le quotidien. Nous on travaille aussi beaucoup en collaboration avec les AVS parce que c'est elles qui sont à la charge pour les repas, le ménage et tout ça. Donc du coup, je pense que oui. Va y avoir un secteur là où vraiment euh. je pense que le domicile va évoluer. De toute façon le domicile va se développer.

Hum

C'est obligé.

En plus, ben c'est un souhait du gouvernement que les gens restent chez eux le plus longtemps possible. D'ailleurs on se rend compte que dans les maisons de retraite c'est qui n'a pas suivi d'ailleurs. C'est que les gens ils rentrent en maison de retraite limite ils sont grabataires. Alors qu'avant c'était pas ça. Donc du coup ben, y'a une charge de travail qu'est supplémentaire qui n'a été anticipée. Et c'est pour ça qu'il y'a des soucis dans les maisons de retraite. Parce que les gens maintenant c'est des soins qui sont importants le matin. Alors qu'avant, ben c'était plus de l'accompagnement. Maintenant c'est vraiment de la prise en soin. Mais ça, ça pas été anticipée et je pense que c'est pour ça que ça coince.

Hum

Parce que nous, c'est vrai que nous les gens qui vont en maison de retraite, c'est euh, parce que le maintien à domicile est plus possible ou parce que la maison n'est plus adaptée ou euh. parce que la famille ne peut plus non plus euh fournir l'aide nécessaire euh pour compléter notre prise en charge. Et, et des fois ça c'est. Ou c'est suite à une chute, enfin la personne elle va chuter, elle rentre pas chez elle enfin. Mais c'est vrai que nous ont a des gens là qui ont 94-95 ans on les a toujours avec nous.

Hum

Et de plus en plus, enfin l'âge c'est pareil, enfin ils rentrent, ils sont vraiment âgé. Enfin euh. D'ailleurs enfin, j'vois, enfin j'vois par chez moi là dans la maison de, les maisons de retraite que je connais. Les gens souvent ils y restent pas longtemps finalement. C'est une entrée qui est faite un peu en urgence, et bah les gens ils finissent leur vie là bas parce que ben voilà ça c'était le moment. Mais euh souvent la prise en charge elle est courte en maison de retraite parce que ben voilà c'est les gens sont restés au maximum chez eux et tant mieux !

Hum

Et donc c'est pour ça que notre métier, je pense, qu'il va évoluer dans ce sens là. Pour une prise en charge de plus globale.

Une prise en charge globale. Hum

D'accord.

Après, enfin on voit bien que notre métier évolue dans le sens où on est de plus en plus spécialisés ASG de manière à pouvoir faire euh. Parce qu'on appelle l'ESA à côté.

Hum

De manière à pouvoir prendre des, à faire des prises en charge de personnes Alzheimer ou autres démences. Alors qu'avant c'était faisable qu'en structure. Maintenant, ça se fait à domicile. Depuis quelques années déjà. Mais je veux dire l'on développe ça. L'ESA ça se développe de plus en plus.

Cette spécificité de devenir aide soignante, plus ASG.

Ben, enfin, de toute façon oui, de plus en plus, de toute façon, on s'occupe de personnes âgées donc on est obligé d'être spécialisé plus ou moins. Enfin moi, j'aime pas le mot spécialisé car j'ai l'impression que ça efface le reste. C'est plutôt que ça complète la formation.

Oui pardon. Ouai. Complétez.

C'est comme certaine qui vont devenir euh aides-soignantes socio-esthéticienne ça peut se faire ça aussi.

D'accord

Après c'est une autre corde en fait. En fait, vous pouvez faire aide-soignante et tous les autres métiers à côté pour compléter votre formation.

Hum

Tant que vous apporter du bien-être aux gens, j'veux dire ça se complète.

Dans votre SSIAD, y'a des aides-soignantes qui sont justement aussi socio-esthéticienne.

Nous on n'avait jusqu'à maintenant une, une aide-soignante qui était reconversion. Euh pour devenir esthéticienne. Donc elle est devenue. Par contre là du coup, elle a pris la décision d'arrêter son métier d'aide-soignante et de devenir esthéticienne à domicile. Par contre dans ses patientes elle précise bien, dans sa publicité. qu'elle peut intervenir auprès de maisons de retraite ou euh, j'vois dans les, enfin dans les, dans les hôpitaux il y'a pas d'ouverture parce que c'est compliqué à rentrer dans les hôpitaux en tant que socio esthéticienne. Faut vraiment avoir les pieds dedans j'ai l'impression. En fait ça se développe pas trop le bien-être dans les milieux hospitaliers. Enfin, pas par chez nous toujours. Euh, après je sais qu'il y en avait une sur [ville] mais elle est partie à la retraite donc je ne sais pas si elle a été remplacée. Mais je sais qu'[prénom de sa collègue] oui elle a ce souhait de faire de l'esthétique dans tout ce qui est massages soins du visage euh, enfin pose de vernis tout ça dans des structures. De manière à pouvoir apporter euh, ce côté bien-être euh. Parce qu'en structure les aides-soignantes clairement elles ont pas le temps quoi

Apporte. Pour vous en fait le métier d'aide-soignante dans son ensemble, si je comprends bien il peut se développer au regard de ce bien être, au regard de ?

Ben de l'estime de soi tout ça c'est important. Ben j'vois y'a des petites mamie qui arrivent en maison de retraite elles étaient hyper coquette, hyper sophistiqué et le jour où elles arrivent en maison de retraite. Par manque de temps, on leur enlève plein de chose. C'est quand même dommage.

Le bien-être, c'est la nouvelle corde à son arc de l'aide soignante !

je pense que oui le bien-être et enfin. L'estime de soi par rapport au patient ça c'est important.

Hum. Estime de soi.

Oui Hum

Parce que nous on se rend compte que les patients qui vont relativement bien dans leur tête même si ça va mal dans leur corps ben c'est plus facile.

Hum

On a une dame elle se maquille tous les matins.

Hum (silence) Hum

Et le jour ou ça deviendra compliqué et bien on fera ça à sa place.

(silence)

Est ce que vous voulez aborder d'autres éléments ?

Non, je pense que j'ai fait le tour.

(rire) je vais arrêter.

Aimer les gens et avoir envie de faire du bien je pense que c'est l'essentiel.

Aimer les gens.
Oui parce que si vous aimez pas les gens ça peut vite devenir compliqué.
(rire)
Et avoir envie de faire du bien. Je vais arrêter l'enregistrement si vous voulez
C'est comme vous voulez.

- ***<u>Entretien retranscrit EC*SP</u>***

S'il veut bien voilà l'enregistrement à commencer
Très bien.
Comme je vous disais il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. L'important c'est votre sincérité et votre expérience. Donc je vais vous poser juste deux questions : En qualité de professionnel de la santé, j'aimerai que vous me parliez de votre métier. Ca c'est la première question.
D'accord
Et la deuxième c'est que vous me parliez de vos observations par rapport à l'identité professionnelle actuelle qui se transforme. Donc j'entends par transformations actuelle, le développement de votre exercice à domicile et la collaboration avec d'autres professionnels sur le territoire.
D'accord
Voilà, je vous laisse la parole
Rire
Donc moi je suis aide-soignante diplômée d'état depuis juillet 2009.
D'accord
Donc j'ai fait différent remplacement un petit peu partout dans différents secteurs. Donc voilà, j'ai fait autant de l'hospitalier, que de l'EHPAD que se soit dans le privé dans le public territorial où dans le public tout simplement
Hum hum
et puis Je suis dans le service de soins infirmier à domicile depuis 2017.novembre 2017
D'accord
Donc voilà un petit peu mon parcours. J'ai pas, pas mal fait de secteur. C'est par hasard que je me suis retrouvée à domicile
D'accord
parcequ'en fait on m'a poussé à bout, on va dire, ma cadre de l'hôpital à l'époque, m'a clairement expliqué que j'étais nulle que j'étais une mauvaise soignante et puis bah qu'il fallait un petit peu, par la force des chose que j'arrête mon métier quoi clairement je n'étais pas du tout faite pour ça. Donc je suis tombée enceinte de mon troisième donc ce qui a permis que j'arrête mon contrat en fait parce que j'étais en cdd donc voilà, ils n'ont pas renouvelé mon dernier CDD. prétextant que voilà ils n'avait plus besoin de moi sur le terrain mais voilà je doute.
et puis donc moi j'ai commencé à envoyer des cv un petit peu partout pour être plus dans le secrétariat et pour complètement arrêter le métier en fait. mon CV s'est retrouvé au SSIAD et en fait c'est l'infirmière coordinatrice, enfin référente de l'époque, enfin coordinatrice qui a eu mon cv entre les mains et qui m'a repêché après des heures et des heures de négociations
et voilà ça va faire trois ans que je suis arrivée, que je suis au SSIAD, en fait. (rire)
D'accord

Ouais, un petit peu le parcours. Donc ouais ils m'ont réappris à aimer mon métier. C'est vrai que le domicile ça n'a rien avoir du tout avec ce que j'ai pu connaître en structure si ça peut répondre aux questions.

Donc qu'est ce qui fait que ça n'a rien à voir ? Pardon

Euh, qu'est-ce qui fait ? C'est qu'on a le temps, on a vraiment le temps on n'est pas, euh, on est chez la personne c'est à dire qu'il faut que notre soin s'intègre à la vie quotidienne de la personne et non l inverse. Quand ils sont structure. C'est à dire que lorsqu' ils sont structure, c'est tout le milieu médical qui cadre la personne euh dans un contexte en fait qui recadre la personne dans un contexte médical de maladie de... tandis que à domicile c'est la personne qui nous recadre dans, dans sa vie dans, dans voilà dans tout ce qu'elle vit et du coup notre soin doit doit se faire voilà en prenant en compte vraiment toute la personne tout l'entourage toute la famille. Vraiment voilà c'est vraiment un tout et du coup beaucoup de remises en question parqu'on a toujours appris à dire non c'est comme ça et pas autrement balla non il faut vraiment travailler avec tous ce contexte et c'est ça qui est d'autant plus intéressant. C'est de se dire qu'on n'a pas le chrono en main c'est à dire que si un soin doit durer une heure ou deux heures et ben il durera une heure ou deux heures alors qu'en structure on le sait pertinemment qu'on ne peut pas, c'est qu'on ne veut pas, c'est qu'on ne peut pas. Voilà c'est, on n'y peut rien.c'est comme ça. Voilà c'est ça qui qui est complètement différent

C'est comme ça en structure ?

Hum

Bah, malheureusement oui.

Bah je me suis retrouvée en EHPAD, des fois, retrouvée à faire 12 toilettes le matin, 12 toilettes entre 7 heures et 11 heures et demie. Tandis qu'à domicile si on en a 6 c'est le maximum... quoi… 6, 7 parce que voilà sept c'est vraiment s'il y a des toilettes toute simple mais voilà on va pas au de ça donc ouais c'est vrai que c'est quand même différent et on prend le temps on apprend à prendre le temps

On apprend à prendre le temps

C'est ça

Qu'est ce que vous voulez dire par là on apprend à prendre le temps?

Euh ….Ce que je veux dire par là c'est que en structure euh… on le sait pertinemment que un soin c'est à l'est dix minutes un quart d'heure. Si c'est une douche on peut aller à 30 minutes.

Quand je suis arrivé aux SSIAD, c'était ça, s'est hop hop hop je finissais toujours très tôt mes tournées. Et puis on m'a dit mais non, mais, prends ton temps. Mais je me suis dit « qu'est ce que je vais faire en une heure chez la personne ?». « Eh ben tu vas apprendre à prendre le temps » c'est ce qu'on m'a dit et c'est vrai au jour d'aujourd'hui bah si je mets une heure et ben je suis très contente (rire) parce que voilà j'ai pris le temps et euh ben oui faire une, aider une personne à prendre sa douche en une heure et ben c'est la réalité en fait. Donc voilà. C'est les bichonner, c'est discuter, c'est tout ça. C'est ça fait parti du travail. Hum.

Et quand vous dite « c'est tout ça, c'est les bichonner, ça fait partie du travail » Est ce que vous pouvez en dire plus ? C'est quoi le travail à domicile ?

Euh

C'est bah on ne s'arrête pas à une toilette en fait. C'est pas qu'une simple toilette c'est vraiment euh euh pouvoir prendre le temps, discuter. Si une personne n'a pas envie de faire sa toilette mais si elle a juste envie de parler eh ben c'est déjà du soin. C'est s'asseoir à côté d'eux, prendre un café. Ça peut paraître bizarre mais c'est ça aussi le soin. Pouvoir écouter entendre leurs souffrances. La souffrance elle n'est pas que physique ça peut être psychologique. C'est c'est tout cet ensemble là.

Quand une personne se trouve belle dans la glace, c'est génial. On a tout gagné, quand on arrive à avoir un sourire d'une personne bah qui, par exemple a perdu tous ses cheveux suite à une chimiothérapie et que, on les retrouve avec le sourire parce que on les a maquillé, qu'on a mis un foulard et que, c'est génial, c'est euh on a tous gagné. Voila, voila, on a tout gagné quoi. C'est vraiment voilà apprendre à les bichonner. Apprendre à apprendre et ouais prendre soin d'eux. Et que ne pas s'arrêter juste sur une petite toilette ou ou un habillage. Ça va aux de ça en fait. Hum.

Prendre soin d'eux. Hum

Hum, sourire

Des fois, ils prennent soin de nous, sont les premiers à nous dire : « ah vu ta tête, tu vas pas bien ce matin » et c'est vrai que c'est bizarre ils nous connaissent par cœur en fait. Hum. Où « Ah ta changé de couleur de cheveux ! » « Ah qui ta fait couper les cheveux !» « Ah il y a un truc qu'à changer !». Voilà, on fait partie de la famille à domicile. Hum

Ouais clairement.

Pas chez tout le monde mais chez certaines personnes. Euh euh. il y a des personnes qui ne voient que nous. Donc on est un petit peu, un petit peu des membres de la famille où euh. Après il faut avoir des limites, un. Faut pas que ça nous ronge de trop mais oui y'a des personnes. Oui. On peut avoir un SMS pour notre anniversaire. C'est euh, c'est un petit quelque chose mais on se dit bon ben voilà on compte pour eux et ce ne sont pas que des simples patients. Hum.

Quand vous dites « ce ne sont pas que des simples patients » est ce que vous pouvez m'en dire plus ?

Euh, Ben après faut toujours avoir la limite parce que il y a des personnes qui sont beaucoup plus attachante que d'autres, de par la pathologie, de par euh la façon dont il nous intègre justement chez eux. Euh, justement, il faut réussir à avoir un peu plus enfin avoir du recul pour pas justement à être plongé dans voilà, faire partie euh comment dire. Je me met des limites quand même, je sais qu'il y'a des patients qui ont Facebook et qui vont me demander comme ami. ça c'est des choses que non je ne veux pas. Voilà. Voyez je mets des limites. Sinon bah, je dois parler sur Facebook je… non. je ne veux pas. Pareil il n'a qui ont demandé mon numéro de portable. je dois, un patient qui doit l'avoir et il envoie un texto pour mon anniversaire et voilà ça déborde pas de ça. Mais euh mais oui ils sont, on peut les croiser dans la rue un. Ils habitent proche de chez eux. Donc euh mais c'est pas euh, pas que des simples patients maison voilà on est on est plus ou moins attaché à eux selon. Ouais. ça nous fait toujours quelque chose quand quelqu'un part quoi. Hum. Chose que jamais je ne serais allé à une sépulture d'un patient euh à l'hôpital. A domicile soit on fait des visites au funé ou alors on va aux sépultures. Enfin. On va jusqu'au bout en fait. Hum

Jusqu'au bout

Hum.

On les accompagne, ouais.

Hum.

Quand vous dites, « les accompagnez » ? Qu'est ce que vous entendez par là ?

Les accompagner c'est euh, ben, on les suit euh. On s'arrête pas qu'au soin justement. On va jusqu'au bout. Euh, Enfin ouais, jusqu'au bout de leur vie. Hum. Et du coup. Bah même. Bah même après que euh il y a toujours le l'aidant principal qui est toujours ici. donc enfin qui est toujours en vie donc oui, toujours avoir ce contact de, on les recroise dans la rue : « Ah j'étais contente de te revoir, comment tu vas ? » on garde le lien en fait. Même pour après on peut les croiser ou des fois dire « ah bah si tu as envie que tu passes prendre le café je serai contente de te revoir » donc ça va vraiment euh. Ouais, on les accompagne, la personne aidée jusqu'au bout mais l'aidant on est là

même des fois après. Et toujours pas il faut faire attention que ça nous empiète pas trop sur notre vie privée après la mort.

Quand vous dites « après », c'est après la mort ?

Ouais, après la mort, ouais. Y'a des patients, fin des aidants, ouais, où on peut être amené à les revoir soit dans la rue soit… ouais c'est. Des personnes qui nous disent « n'hésitent pas, quand tu reviendras, n'hésite pas à toquer à la porte je t'offrirai le café ». Bon après avec la covid, c'est un petit peu compliqué en ce moment mais ouais. Ils sont contents qu'on repasse après leur rendre visite, Quoi. Que le soin s'arrête pas net. C'est toujours une petite pensée pour eux. Hum.

Est ce que vous pouvez me décrire votre métier ? Je… Votre vision du métier d'aide-soignante?

Le métier d'aide- soignante euh. Je dirais que c'est une vocation. Tout le monde peut pas faire ce métier là. Pendant un temps, il a été un peu considéré métier poubelle. Désolé, je suis un peu mais Cru. Euh Ben « tu sais pas quoi faire ? Bah dans le milieu médical et bien aide-soignante, bah ça recrute quoi ». Ca c'est un peu dommage parce que c'est pas cette image là. Où parfois, on peut avoir une image très négative : « t'occupes du pipi caca. C'est pas ! Tu voulais pas faire autre chose comme métiers » « bas devient infirmière ». Y'a toujours cette comparaison de…c'est une métiers low-cost. C'est un petit peu mais non, c'est vraiment un métier. Oui y'a du soin, très intéressant d'ailleurs. J'aime beaucoup le soin. Euh pas que le soin lui-même, en faisant une toilette etc. mais plus le soin, après, tout ce qui est surveillance : surveillance de la douleur, surveillance des états cutanée par exemple euh. Et puis y'a toute une surveillance et puis on travaille aussi, avec des infirmières. Donc le travail euh, voilà. avec des infirmiers. Le travail euh.

C'est un métier, qu'est ce que je dirai, très enrichissant. Où on rencontre différents publics, de différents milieux sociaux. Euh enfin voilà, différents milieux social. On peut tomber sur des gens euh malheureusement qui vivent euh dans une précarité vraiment importante comme on peut se retrouver avec des comtesses. (rire). Ca nous est arrivé. Qu'est ce que je peux dire de mon métier que c'est euh, un métier vraiment d'accompagnement, un métier de euh relationnel vraiment très important. Ou euh comment dire où on doit s'ouvrir en fait aux autres parce que et entendre ce que les personnes aidées ont à nous dire. C'est à dire que euh nous, on voit des fois des choses plus fort que ça. Etre aide-soignant, c'est stimuler maintenir l'autonomie c'est vraiment que le patient il a un rôle important en fait. C'est oui nous, c'est notre métier mais la personne principale c'est pas à nous en fait. C'est vraiment la personne aidée qui, qui est au centre en fait. De, qui est acteur en fait, c'est lui qui, qui, qui, nous mène en fait. C'est lui qui nous emmène c'est voilà. C'est pas que un rôle de soins.

C'est vraiment enfin voila c'est un métier très très complexe mais tellement enrichissant en fait

Quand vous dites « très complexe » ?

Très complexe euh, ça peut être autant un soin tout simple comme un accompagnement de fin de vie. Ou euh, ou des hospitalisations à domicile on en a. ça peut être complexe aussi de par, toute l'aide médical qui peut y avoir. Quand c''est des accidentés de la route par exemple ou quand ces voilà au niveau, au niveau orthopédie faut quand même se remémorer comment ça fonctionne

Comment on manipule des personnes voilà. c'est c'est vraiment ça peut être un soin tout simple comme aider à mettre des chaussures, comme un soin vraiment

beaucoup plus complexe au niveau médical. Il peut y avoir des perfusions ou euh… Ouais donc.

C'est autant de maladies que de situations différentes en fait.

C’est, il n'y a pas deux patients pareil, ni deux maladies pareil, quoi. C'est vraiment… D'où la complexité je dirais de notre métier. C'est qu'il faut vraiment s'adapter tout le temps, tout le temps,hum.

S'adapter tout le temps.

Mouais, faut jamais rester sur ses acquis. Il faut toujours euh. La remise en question, je dirai que c’est un point fort en fait. Et se remettre en question et dès qu’on est en difficulté, ne pas les garder pour soi, soit faire appel à l'équipe, soit appelé l'infirmière coordinatrice mais ne pas rester en fait, sur une difficulté parce que soit une collègue à une solution, soit c'est l'infirmière, soit c'est toute ensemble. avec toute, avec plusieurs réponses possibles, où on arrive en fait

à ben voilà à trouver. Ouais voilà, trouver une solution ou essayer de d'améliorer une situation qui peut être complexe quoi. Hum.

Vous dites « améliorer une situation complexe »

Hum. Parce que, il peut y avoir des situations vraiment très précaires ou le maintien à domicile est plus que limite. Sauf que tant que la décision n'est pas prise de d'aller en structure, eh bien en attendant il faut qu'on améliore. Euh, qu'on améliore, comment on peut. Enfin, on peut tomber. Voilà c'est des situations, voilà, qui peuvent être très compliqué où vous vous enfin ouais. je pense à ça mais ça peut être d'autres situations. et c'est vrai que c'est très, très, très, précaire ou la personne elle est à domicile et qu'on voit que c'est plus possible et bien notre travail est très très compliqué donc voilà. Et hum…

Est ce que vous pouvez me décrit un petit peu plus l'identité de votre métier ?

Euh, qu'est ce que, qu'est ce que vous entendez par identité ?

Vous me l'avez un peu décrit dans votre vision, mais euh, justement vos valeurs, vos perceptions ?

Les valeurs du métier euh, euh l'écoute, l’écoute le euh. Qu’est ce qui peut y avoir d'autres ? (silence). Je sèche un peu. Euh, Le relationnel, euh la bienveillance. La bienveillance est très importante. Ne pas être dans le jugement, parce que parfois, on peut être très vite dans le jugement de certaines situations. Eviter, éviter ce jugement même si parfois on n'a pas trop le choix on est humain. On juge forcément mais on garde intérieurement. Les valeurs euh, le prendre soin. Prendre soin de l'autre, écouter l'autre personne ne pas rester sur, sur une idée qu'on peut avoir sur la situation. S'ouvrir, se former, sont des choses vraiment très importante et on se forme tout au long du service. Ce n'est pas parce qu'on a trente ans de carrière que, que on sait tout, c'est pas vrai tout au long de notre carrière. Donc la formation, c'est quelque chose de très très important avec la formation.

C'est quelque chose de très important.

Ouais se former. Se former parce qu'il peut toujours y avoir des… toujours de nouvelles formations. C’est qu'on a cette chance au SSIAD d'avoir énormément de formation. J’ai jamais été autant en formée, que depuis que je suis au SSIAD.

On a un panel vraiment de formation qui nous est propos. C'est vraiment génial et c'est vrai qu'on s'ouvre aussi à d'autres, hum, d'autres méthodes comme euh, une des dernières formations que j'ai faite c'est l'hypno analgésie. Et c'est vraiment génial. C'est vraiment top ! Voilà, c'est pour ça que se former. Il faut pas s'arrêter juste à la formation de base qu'on a d'être aide-soignants. C'est un petit quelque chose mais il y a tellement d'autres formations derrière, qu'il faut vraiment toujours aller plus loin et que s'il y a des formations, ben, Il faut continuer en fait. Continuer à se former, continuer à s'enrichir, en fait, professionnellement.

Pour vous la formation c'est s'enrichir professionnellement, c’est ça?

Ouais c'est ça. Pouvoir à avoir d'autres, d'autres, d'autres flèches à son arc. Pouvoir vraiment… Ouais, ne pas rester sur ses acquis en fait. Toujours approfondir ses connaissances. Toujours ouais. C'est quelque chose qui est très très important.

Ne pas rester sur ses...

Non. Faut… Les formations, elles évoluent en fait. Ce que j'ai appris euh, il y a dix ans, c'est plus la même chose aujourd'hui. Ne serait ce que dans la formation de base d'être aide-soignants. Et encore moi y'a dix ans j'étais quand même formé, euh, sur quelque chose qui, euh, enfin, j'ai eu une formation, déjà différente de d'autres IFAS. Donc voilà. Mais tout le monde n'a pas eu la même formation que moi déjà de base. Donc voila tout où évolue… tout évolue tout le temps en fait. Ouais.

Et quand vous parlez de la formation initiale de base, justement, qu'est-ce…qu'est ce qui vous a aidé, à vous développer en tant que professionnels, à développer votre identité professionnelle dans cette formation ?

Ben pendant toute la formation en fait, j'ai été formé à l'IFAS de XX. où déjà on est toutes formées selon « l'humanitude » ce qui déjà à l'époque euh, on était plusieurs camarades à avoir intégré différent IFAS. Donc déjà on s'est rendu compte que selon l'IFAS ce n'était pas les mêmes formations. Nous on était très peu sur l'écrit. C'était essentiellement des mises en situation. C'était essentiellement, euh, on était très peu, à prendre des notes et tout ça. Ca il voulait pas nos formateurs ils voulaient vraiment qu'on soit acteur de notre formation. et euh tout le temps, tout le temps ils nous disaient : « vous n'êtes pas des moutons c'est à vous de faire changer les mentalités ». C'est ce qui est bizarre, c'est que durant cette formation, je sais pas s'ils l'ont fait exprès au moment du concours, mais nous étions que des personnes avec des très forts caractères. Et je pense qu'en fait, avec des promos comme la nôtre, ce qu'ils voulaient, c'était qu'on bouge les mentalités et que. Et vraiment on a, ils nous ont vraiment fait intégrer ça, qu'il fallait qu'on change les mentalités, que les formations évoluaient et que… C'est vrai qu'être formée selon l'humanitude, déjà il a 10 ans, ben, on commençait tout juste à en parler. Hein. Parce que même après, quand j'ai commencé à travailler et que j'ai dit, que j'étais formée selon l'humanitude. On m'a dit : « mais qu'est ce que c'est que ça ? ». C'était encore pas, connu comme maintenant. Quand on parle de l'humanitude, bah oui, tout le monde connaît. Sauf qu'il y a un peu plus de dix ans, c'était pas connu quoi. Donc ils avaient déjà un peu un train d'avance.

Et toute notre formation était sur l'humanitude, donc c'était un petit peu poussé quand même parce que, bah on peut pas mettre tout en place non plus. C'est pas la solution miracle. Mais déjà, voilà, ils voulaient qu'on soit dans la stimulation, qui, voilà. C'était… Ouais…

Est ce que justement, vous pouvez me décrire brièvement ce que c'est que l'humanitude ? Et ce qu'ils entendaient, je vous fais deux questions en une,

(rire)

Ce qu'ils entendaient par « vous n'êtes pas des moutons, il faut changer la perception »?

Euh, en fait il voulait vraiment qu'on apprenne à… Déjà à considérer le patient, comme, ben voilà, qui soit vraiment le centre du soin et que ça soit pas, euh. Enfin voilà, qu'on écoute le patient et que on l'intègre dans le soin. Donc c'était vraiment voilà qu'on ait tout de suite du contact, qu'on le regarde, le toucher aussi. Pour eux, c'était très important. Qu'on ai vraiment un toucher. Qu'on soit pas vraiment dans le soin, en disant allez hop. On arrive, je te fais çà, çà çà. Allez hop, le soin est bâclé, on passe au suivant. Oui, il voulait vraiment justement qu'on bouge les mentalités en disant que fallait qu'on prenne le temps. Alors c'est pour ça que c'est un petit peu… Moi ça m'a un peu cassé le nez. Parce que on m'apprenait à prendre mon temps, à, à vraiment intégré la personne voilà

dans son contexte, de euh... Qu'est ce qu'on faisait d'autres ? Vraiment selon l'humanitude, fin vraiment. Mais sauf que quand on arrive en jeunes professionnels dans une structure où on nous dit bah voila tu as un couloir entier.
Tu as tant de temps pour t'occuper de tout le monde et tu te débrouilles. Bah ça fait quand même une sacré marge entre ce que j'avais appris en formation ou il fallait que je prenne le temps, qu'il fallait que j'aille dans la stimulation. Et que je me retrouve à voir un couloir, où je dois passer 10 minutes par personne. Là ça a été vraiment, euh, hyper compliqué pour moi.
Donc cette formation elle était bien et pas bien parce qu'en fait on m'a jamais appris la réalité du terrain.Et en fait ils voulaient « qu'on soit pas des moutons ». Que justement, que dans ces structures là on puisse ouvrir notre bouche, en disant : « non, mais ça c'est plus possible ! On peut pas travailler dans des conditions comme ça ». Je pense que c'est ça qu'il voulait qu'on fasse. qu'on pointe du doigt en fait quand il y avait dès, que c'était pas possible. J'ai pu le faire à certains endroits. J'ai pas pu le faire partout mais qu'on pointe du doigt justement les difficultés qu'on puisse avoir. Et que oui, il faut être dans la stimulation quoi. Parce que si on stimule pas, la personne elle devient grabataire beaucoup plus rapidement et en fait le soin il devient encore plus lourd pour l'équipe. Donc oui, on va peut-être perdre dix minutes sur une toilette mais au final sur le long terme. Et ben, en fait le soin, il, ben, il va pas être si lourd enfin il va pas être lourd si rapidement que çà quoi… donc voilà. C'était voilà. C'était des choses comme ça : la verticalité, euh, dix minutes debout euh tous les jours, c'est tout. Enfin voila. C'est, c'est, enfin voilà plein de petites choses comme ça, à mettre en place qui n'était pas toujours possible malheureusement. En stage, c'est toujours plus facile à faire que, après en terrain. Hum.
Si je comprends bien, on vous a appris à se centrer sur le patient, à s'adapter au patient. Et si je comprends bien on vous a appris à changer l'image de l'aide-soignante où l'aide-soignante, limage globale c'est l'aide-soignante qui fait que des soins et on vous a appris à changer cette image là en disant que l'aide-soignante, non elle n'est pas là pour faire que des soins elle est aussi là pour accompagner le patient. Est ce que c'est ça ?
C'est ça oui. C'est ça, c'est vraiment ouais, avec, avec l'humanitude. Vraiment formée à regarder des vidéos entières soit l'humanitude. Comment faire prendre des douches comment ? Oui, il ya des choses c'est magnifique. En théorie on peut pas toujours le faire et ça c'était la grande… Je pense que c'est ça un petit peu qui à un moment donné, j'vois sur plusieurs amis qui sont aide-soignante qui ont un peu abandonner ce métier là.c'est parce que je pense qu'à un moment donné la réalité nous a rattrapés et qu'on s'est rendu compte, que, ce n'est pas un, c'est un peu du rêve en fait qu'on nous avait envoyé un moment donné.
Quand vous dite que « la réalité a rattrapé certaine », est ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ?
Ben, du coup sûr le fait de d'avoir énormément de toilettes à faire le matin, sur le fait d'être euh dans la maltraitance institutionnelle. Ces choses qui sont très difficiles à vivre un peu en tant que soignant. Ce dire que si on reste dans la structure, qu'on voit tout ce qui se passe, c'est que ben, si on n'est pas d'accord, on doit partir. C'est pas évident de prendre cette décision là. De ne pas rester à un endroit…
Si on n'est pas d'accord on doit partir ?
Bah malheureusement oui, parce qu'on n'est pas forcément entendu. C'est terrible pour un cadre de dire, j'ai pu l'exprimer quand je vous ai dit que… La cadre, ma dernière cadre, c'est que j'ai pointé du doigt des choses qui n'allaient pas en proposant d'autres choses, mais clairement ça ne lui plaisait pas. C'est difficile de dire à une cadre, bas là, c'est plus possible il faut, il faudrait trouver autre

chose. On ne peut pas continuer de travailler dans des conditions comme ça. Et qu'on nous réponde : « bah si t'es pas content tu peux partir. Il y a aucun problème, si c'est pas toi ce sera une qui fera t'on travail » donc euh, t'es qu'un pion. Hum

On vous à dit t'es qu'un pion ?

« Je ne suis qu'un pion », non. Mais « tu peux partir ». Oui. Mais du coup j'avais vraiment se ressenti là, que oui, je je n'étais qu'un pion. C'était soit je me taisais j'acceptais tout, soit bah, je gênais et valait mieux partir. Et c'est ce qu'ils ont fait en fait en rompant mon CDD. Ou en nous poussant à bout. On était plusieurs à oser dire les choses, à pointé du doigt ce qui n'allait pas. On était tellement une minorité que, c'est toujours pareil, au jour, d'aujourd'hui.

Et quand vous dites que: « c'est difficile justement de dire ces choses là une cadre », qu'est ce que vous voulez dire par là ?

Bah c'est difficile parce que on sait que derrière on va peut-être devoir perdre notre emploi. Enfin c'est compliqué, enfin quand on est…qu'on à des enfants une maison et que de se dire, bah voilà, on va être obligé de partir de cet endroit là. Parce que de toute façon, c'est la cadre qu'a toutes les cartes dans ses mains. Donc, si elle n'est pas d'accord et bah, elle nous met les mauvaises évaluations et au niveau de la DRH il ne renouvellerons pas notre contrat. Et du coup je pense que beaucoup, n'ouvre pas, n'ose pas dire les choses, par rapport à ça. C'est qu'on a besoin de notre emploi. Mais moi, je ne me vois pas travailler dans n'importe quelles conditions quoi. Ce sont des êtres humains.

On a pu le voir déjà avec la covid, ce qui, ce qu'a pu se passer à différents endroits. Ca me révolte, ça me révolte que dès, qu'on puisse tout accepter. Mais je comprends aussi qu'elles ne se révoltent pas. En disant, bah ouais, mais si j'ai pas cet emploi, je fais comment, pour faire, pour nourrir ma famille ? Et euh, C'est très, très difficile. Ces des situations réelle mais qui sont difficiles. Donc euh, hum. Jusqu'où, on est prêt à accepter notre métier en fait ? Et nos limites de notre métier, à défendre notre travail.

A défendre votre travail.

Ouais. Hum.

Si je comprends bien, dans vos propos, y'a l'identité, il y une nouvelle identité de l'aide-soignante mais dans d'autres structures il y a toujours cette identité fixé sur le soin.

C'est ça et la rentabilité. Quand la rentabilité, quand la rentabilité euh, on n'entend parler que de ça. On sait pertinemment que derrière et bien le soin, reste du soin et au rentre dans de la maltraitance institutionnelle. J'en ai fait les frais, je sais encore que y'en a qui sont là dedans et ça me fait mal au cœur. Mais malheureusement, qu'est-ce qu'on? Eh là, je repense justement à ma formation d'aides-soignants : « on nous disait, vous n'êtes pas des moutons !» mais sauf que qu'est-ce qu'on peut faire quoi ? Pour faire changer cette mentalité en fait. Parce que les cadres, moi je les vus à l'hôpital, c'est horrible !

Les cadres avant et après leur formation. Enfin les infirmiers avant et les formations, et ces mêmes infirmiers après la formation de cadres. Ce sont deux personnes différentes. On est passez de l'infirmière qui va écouter son équipe, qui va vraiment être dans le soin, à la cadre qui va être là, pour euh, être dans la rentabilité, euh, au niveau des lits, qui soit toujours remplir, euh, et peu importe la souffrance de l'équipe. Et ça, c'est très difficile mais je l'ai vécus Ca aussi, donc c'est…voilà, c'est des situations auxquelles on est confronté. Donc après je pense que c'est à nous en tant que personne de, de, savoir dans quel milieu on veut travailler et ce qu'on est prêt à supporter. Et les formations de cadres, on n'est plus dans le management et dans là...

Et dans la rentabilité en fait, de dire c'est une entreprise. Et de comment on peut dire qu'une, qu'une EHPAD enfin qu'un EHPAD ou un service de SSR, ou un service d'USLD que ça soit équivalent à une entreprise ! C'est terrible ! C'est terrible, d'entendre ça ! Et pourtant c'est bien la réalité. On est en train de… J'ai entendu, des chirurgiens dire, « je vais faire mon marché » ! Pour voir qui allait, quel patient allait coûter le plus cher dans son service, pour avoir le maximum d'argent. C'est, c'est épouvantable ! Et pourtant pareil, c'est ce qui se passe quoi ! C'est euh, prendre, en USLD, j'ai vu des, des personnes rentrées en disant mais c'est trop bien, elle coûte cher quoi, elle a une gastrostomie. Ca nous rapporte un max de d'argent. Voilà, comment on parle dans les services. C'est, c'est terrible ! C'est voilà, oh y'a une trachéo, ça nous rapporte de l'argent, il y a des soins à faire, c'est terrible ! Hum

Et pour en revenir à, justement avec votre métier à domicile. Qu'est ce que ça implique pour vous d'être une aide-soignante qui travaille à domicile ?

Ca implique que déjà on n'a pas, du coup, toute cette rente, tous ce côté rentabilité, tous ce côtés, euh. On est vraiment dans le côté du prendre soin, de on est dans un projet de vie, donc selon ce que souhaite le patient. Après on a des… Qu'est ce que ça apporte ? Ca apporte, euh tout dépend des situations en fait. On a des personnes qui vont être à domicile sur du très court terme, parce que c'est suite à une hospitalisation, parce que euh, parce que, c'est, ouais, voilà. Souvent suite à une opération c'est des personnes qu'on a sur du très court terme, ou suite à une HAD euh et donc voilà. Et puis on va avoir des personnes sur du très, enfin sur du long terme. Et c'est vrai qu'à domicile, le plus, avoir le temps, ne plus être dans ce stress de se dire euh, il faut aller vite, toujours plus vite. il faut remplir le service euh, parce que, ben parce qu'il nous faut de l'argent rapidement. Ouais tout ça c'est complètement différent et c'est très apaisant domicile par rapport à tout ça, en fait. Hum. Ca rien à voir et euh hum.

Ca rien n'à voir.

Ah ben, non, c'est deux mondes euh. Pourtant on travaille euh. Le but à domicile c'est vraiment que la personne reste à domicile le plus longtemps possible. Donc euh, avec tout ce que ça implique. C'est à dire que, il va falloir intégrer tout le côté médicalisé que, les patients ne connaissent pas. Donc ça va être les lits médicalisés. Ça va être adapter sa maison pour qu'un fauteuil roulant passe. Réadapter des salles de bain, euh, réadapter son mobilier, l'agencement des pièces. Mais d'un autre côté c'est ce qu'ils veulent quoi ! C'est rester à domicile donc euh, on les accompagne aussi là dedans. Hum. Donc euh, faut pas non plus que la maison se transforme en, dans, à un hôpital mais, on est obligés d'adapter quand même pour que ce soit facile pour nous et que, on se blesse pas. Hum

Vous ne blessiez pas. Hum

Hum, c'est bien ! On va éviter les arrêts de travail quand même. (Rire) Et à domicile ils sont vraiment. Et c'est ça aussi qui est important c'est qu'ils sont vraiment dans notre bien-être en fait. Ils nous ont intégré un coach sportif. Pendant une année, on a eu un coup de coach sportif. Voilà. Ils sont vraiment pour que l'on se sente bien au travail. Si l'on se sent bien au travail, du coup il y a moins d'arrêts.

Hum

Donc, ouais. C'est vraiment l'optique de notre SSIAD. C'est vraiment celui là, en fait. Notre bien-être, notre confort et si on est bien, beh du coup on n'a pas besoin d'être arrêtée.

Hum, être bien dans son travail.

Exactement. Et c'est ce qu'ils recherchent en fait. Notre SSIAD, c'est vraiment, c'est vraiment, ouais, leur point numéro un. Qu'on soit bien dans notre travail, qu'on soit bien dans notre corps, qu'on soit bien dans notre tête et du coup, ben les soins ils s'en ressentent forcément et les gens

sont très contents. Ils sont très contents notre de nos soins, donc ils nous font de la bonne pub. Ils en parlent aux voisins et donc c'est. Souvent il ya des appels mais je vous appelle parce que j'ai entendu dire que du bien de vous. C'est génial ! Hum.

Quand vous dites « il », quand vous dites « vous » de qui vous parlez exactement ?

Ben des patients, soit des patients qui sont sortis du SSIAD ou euh… eh bien il va en parler aux voisins et puis du coup le voisins il va appeler « j'ai entendu parler de vous » donc de toute l'équipe du SSIAD.Euh « j'ai entendu parler de vous. Donc comme j'ai besoin, euh, je me tourne vers vous ». Hum. Donc c'est vrai que c'est, c'est bien. C'est positif. C'est qu'on travaille bien.

Oui, tout à fait et d'ailleurs vous parlez de travailler avec justement les infirmiers avec euh. Est ce que vous pourriez me définir ce que vous entendez par le travail en collaboration avec d'autres professionnels ?

Euh, à domicile, ben c'est vrai qu'on peut côtoyer les infirmiers libéraux. Donc euh. En général, c'est plus en coup de vent parce qu'ils vont venir pour faire euh une injection quelque chose comme ça. Mais on prend toujours le temps de discuter, de savoir euh, comment, comment il va où… après, ça peut être une aide aussi quand il y a besoin de faire des pansements. On est là aussi pour leur donner un petit coup de main donc ça nous rappelle un petit peu les binômes qu'on avait à l'hôpital. Euh, ca peut être aussi un appel. On voit quelque chose qui nous convient pas. Beh, hop, on donne un coup de téléphone soit pour réajust. Par exemple si c'est un pansement qui est défait, on leur donne un coup de téléphone : « est ce que ? Quand est ce que vous allez passer ? Est ce qu'on met quelque chose ? » Voilà, c'est vraiment un dialogue qui est très intéressant. Donc euh voilà on côtoie les infirmiers libéraux. Euh, les kinés ça peut arriver mais pas plus que ça. On les voit surtout, ils arrivent après notre soin. Donc euh. mais ça peut être aussi des médecins, donc euh, parfois, c'est bien parce que les médecins des fois, ils nous interrogent : « Ben, c'est vous qui connaissez mieux que nous. Enfin, qu'est ce que vous en pensez de telle ou telle situation, euh». Euh, j'ai même vu, un soir un médecin qui est venu pour son patient et puis qu'il n'avait pas vu depuis un petit moment. Puis je venais pour le coucher et le médecin m'a dit : « Attendez je couche avec vous, je vous aide à faire le transfert comme ça je vais voir moi aussi ». Et du coup, on a fait un couché avec le, le médecin, ben, c'était intéressant quoi. De voir que même le médecin s'intéresse à nous et nous interroge. C'est vrai qu'on les connaît par cœur nos patients. Hum.

Quand vous dites que « même le médecin s'intéresse à nous à nos patients », qu'est ce que vous voulez dire par là ?

Ben, que même pour le médecin euh, enfin voilà les, les aides-soignants ont quand même un, un rôle important à jouer à domicile. C'est une collaboration. Sans nous, sans les auxiliaires de vie, sans le passage des infirmiers libéraux, c'est vrai que le maintien à domicile, c'est, c'est clairement pas possible. Enfin du moment où les situations euh, ça commence à être un peu plus complexe, vivre tout seul à domicile, euh, c'est pas possible, quoi ! Faut vraiment que on soit vraiment une équipe avec différents collaborateurs pour que, le maintien à domicile puisse être possible. Hum.

Quand il y a des situations complexes, euh, y'a besoins de plusieurs collaborateurs, euh?

Ouais, ouais.

Et quand vous parlez de collaborateurs ; « vous parlez de qui » ?

Euh, plusieurs collaborateurs ! Bah, ça peut être euh, ça peut être les médecins. ça peut être les infirmiers mais ça peut être aussi le réseau. Le médecin et y a aussi le réseau. Donc l'infirmière coordinatrice quand on voit que les situations sont trop compliquées, ben on fait appel, euh, on fait appel au réseau.

Donc euh, je ne sais pas qui est membre du réseau mais euh voilà. C'est faire appel a eux, donc voir euh. Ca peut être aussi comment on les appelle ? j'ai perdu le nom, les personnes qui valide euh, les dossiers, des dossiers d'aides type APA, etc. C'est personnes qui sont conseillés ESF de base mais je sais plus le nom. Voilà.

Les CSG peut-être

Les ?

CSG : conseillère, conseillère sociale en gérontologie.

Ouais, peut-être. Ouais

Et puis les assistantes sociales aussi. On peut faire appel, vraiment à tout le monde. Dès qu'une situation devient beaucoup plus compliqué : soit pour demander plus d aide. Du coup, si c'est plus d'aide, avec le passage en plus d'une, d'une autre, les auxiliaires de vie. Ou quand même euh, le passage des auxiliaires de vie n'est pas assez, ben du coup, voilà on peut se permettre de refaire des, appeler les euh, pour que, voilà les rappeler pour que les dossiers soient réalisés. Faire des visites à domicile euh. Donc ouais c'est vrai que l'infirmière co., a quand même un rôle très important dans ses démarches en fait. C'est vraiment elle qui, qui sait qui appeler. Comment, comment faire évoluer les situations pour que, pour que ce soit plus facile pour tout le monde en fait.

Ya des situations waouh, faut quand même s'accrocher. (rire).On voit de tout, des vertes et des pas mûres donc c'est vrai que ouais, ouais. Heureusement, y'a tous, tous les collaborateurs. Hum.

C'est l'infirmière coordinatrice du coup, qui se charge d'interpeller son réseau. Dans le sens : « les différents professionnels » c'est ça ?

Hum. C'est ça. Nous on alerte et puis elle, elle tire la sonnette d'alarme. (rire) c'est un peu ça, quoi. Quand elle peu plus, quand elle voit que c'est plus possible. Du coup, il faut aller taper plus haut parce que. On va pas laisser des situations s'aggraver. Bon on voit quand même des situations qui sont vraiment plus que difficile, donc faut vraiment parfois tirer la sonnette d'alarme. Hum

Nous ça ne nous fait pas plaisir parce que on est bien obligés de dénoncer des situations mais non c'est pas possible on peut pas être témoin de choses et ne rien dire quoi. Hum

Quand vous dites « dénoncer des situations » ?

Ca peut être des violences conjugales. ça peut-être de la maltraitance psychologique. ça peut-être euh, des situations mettant en danger euh, enfin, ouais, des situations mettant en danger la personne aidée. Ca peut être les aidants qui pètent un câble.

Hum

C'est des situations ou euh, soit nous, soit la personne aidée est en danger. Donc, de ce moment là, euh, on n'aime pas dénoncer mais là on n'a vraiment pas le choix. C'est, euh. Ouais. C'est, c'est du domicile et euh. C'est vrai. Surtout les violences conjugales c'est très difficile. Quand on se rend compte et que. Hum.

Et euh, et selon vous ça implique quoi de collaborer avec d'autres professionnels ?

Ca implique que euh. Ben les gens se sentent pas seuls à domicile. C'est à dire que s'il y'a quoi que ce soit, on sait qu'on est entouré. Ça implique que la personne aidée est également entourée. Que, euh. Qu'elle est protégée quelque part. Que euh, on laisse pas une situation s'envenimer et que tout de suite on va trouver, essayer de chercher des solutions. Mais euh, voilà, la personne aidée ou la personne à domicile euh. Même si elle vit seule et ben même si on est seul à faire le soin, on n'est jamais tout seul en fait. Il y a toute une équipe derrière nous et euh, et quoi qu'il arrive enfin. On fera tout pour euh, améliorer ou pour faire en sorte que la personne soit bien en fait. Ou que nous mêmes soit bien. Mais euh. Hum. On n'est jamais seul.

Jamais seul.

Hum.
Et ça engendre quoi aussi de collaborer, selon vous ?
Hum, ben ça entraîne quand même une euh. Déjà ça nous apprend à découvrir différents métiers aussi qu'on ne connaissait pas hum, qu'on, qu'on ne soupçonnait pas. Euh, ça implique, ben justement de, des démarches. Des démarches que l'on peut faire ça. Euh, on apprend énormément de choses qu'on ne connaissait pas. Il y a encore peu de temps, on m'aurait parlé d'un dossier APA, j'aurai fait puf. Dossier APA, on me parle de trucs donc voilà. On apprend tout, toutes les aides qui peut y avoir. C'est tout ça, c'est enrichissant de se rendre compte que, que voilà c'est pas, c'est un soin certes mais derrière c'est, c'est une
Equipe. C'est différents collaborateurs c'est. C'est un ensemble en fait. C'est un tout, sans ce tout, bah, il n'y n'aurait pas de maintien à domicile. Hum
Donc le domicile, c'est un tout, c'est ça ?
C'est ça hum.
Car après c'est peut être la même chose en structure mais je ne l'ai pas vu comme ça donc euh.
Hum
Est-ce que vous pouvez m'expliciter, justement, un peu plus ça. Quand vous disiez « c'est un tout » ?
C'est un tout c'est à dire que euh, c'est du soin mais c'est aussi euh. Ça implique quand même peut-être, des aides. Voilà des aides pour améliorer le logement. Ça implique euh. Voilà c'est un tout, c'est que les aidants, la participation de l'aidant pour le maintien à domicile.ou la participation des familles pour le maintien au domicile de la personne aidée. Euh, ça implique une collaboration avec une équipe soignante, collab, une collaboration avec souvent une équipe d'auxiliaire de vie. une collaboration avec des infirmiers libéraux avec des médecins et puis après du coup plus haut avec euh, les assistants sociaux avec quand il y en a les curateurs ou les tuteurs qui sont là aussi, si a besoin donc c'est vraiment tout un ensemble et c'est grâce à tout cet ensemble que les personnes peuvent rester à domicile en fait. Il n'y a pas que du soin, il y a vraiment euh. Ben voilà, c'est euh. Ouais, c'est vraiment un ensemble de choses qui fait que. On a un rôle important en tant que soignant c'est sûr (rire). Mais il y a pas que nous quoi. S'il y a maintien à domicile, c'est que derrière, y'a quand même des familles, y a, il y a des aidants qui sont là aussi euh, pour euh, pour les personnes en fait.
Hum.
Et quand vous dites que vous n'avez pas trouvé ça en structure, vous voulez dire quoi par là ?
En structure, euh, on voit bien. On a une collaboration euh avec l'équipe médicale, les cadres et les médecins, les infirmiers. Mais il n'y a pas forcément de collaboration des familles. On n'a pas forcément une collaboration avec les tuteurs. Si on ne leur demande pas de l'argent pour qu'ils achètent des vêtements, nous on ne les voyait pas en structure. Tout ce qui est dossiers APA etc., les assistants sociaux c'est pareil. Une fois qu'ils sont rentrés en structure, je parle, par exemple en EHPAD, on les voit pas spécialement les collaborateurs. On ne s'est pas forcément qu'ils existent même s'ils doivent exister. Mais c'est pas des personnes avec qui on travaille au quotidien. Tandis qu'à domicile, ils font partie de notre quotidien. Même si on les connaît pas personnellement. On sait qu'ils sont là et que euh, et que et, qui font partie intégrante de la vie de nos patients. Hum.
Et qu'est ce qui fait que justement à domicile vous savez qu'ils soient là. Vous les connaissez mais même si vous ne les rencontrez pas. Est ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ?
Comment on c'est qu'ils sont là ? Bah parce que les patients vont nous en parler. Par exemple, les auxiliaires de vie, elles vont vous parler de leurs dossiers APA qui a été validée qui sont voilà. Par

rapport aux tuteurs et curateurs du coup ils vont nous dire. Bon bah tel jour faut que j'aille à la banque pour récupérer mon argent parce qu'euh, tel jour j'ai l'argent qui arrive euh. Ou euh, voilà quoi. Ouais. C'est les patients qui vont, qui vont, nous en parler. Ou même des fois on s'interroge en disant ben « je comprends pas cette personne a quasiment pas beaucoup d'habits » ah ouais mais elle est sous tutelle ou sous curatelle donc faut demander au curateur s'il peut pas débloquer un peu d'argent. Donc voilà. C'était parce qu'on en discute et que, on est vraiment dans la vraie vie entre guillemets. Où en structure on est un peu dans un monde à part quoi. Vraiment médicale. Ce que j'expliquais au départ, c'est vraiment deux mondes différents.
Euh, là, on est vraiment dans la vraie vie quoi. Où il y a besoin d'aide pour être à domicile ou les personnes aidées les familles ont des. Les mêmes interrogations que n'importe qui, qui vit à son domicile. En structure c'est un peu différent c'est, euh. Ouais. N'a pas, hum, hum.
C'est différent.
Ouais. Je trouve que c'est différent. On entend moins les gens parlez, en structure de. Souvent ce qui est malheureux c'est que les personnes structure ont dit bah « j'ai vendu ma maison pour entrer en EHPAD ». C'est souvent ce qu'ils nous disent ou « je vais vendre ma maison ». Tandis que là, on est vraiment chez eux. Un sou est un sou. (rire) Donc euh, ouais, c'est. C'est pour ça que ouais. Je trouve qu'a domicile. Et enfin, en structure je ne, je n'avais pas toutes ces notions la, que j'ai pu apprendre du coup après à domicile.
Que vous avez appris à domicile
Hum, c'est ça.
Appris à connaître à domicile et euh…hum
Part quel intermédiaire, du coup, vous avez réussi à les ?
Soit par l'infirmière, soit par les patients qui nous en parle, un, clairement les tuteurs et curateurs. Euh. De par des situations un peu plus compliqué ou du coup on s'est rendu compte que il y avait des, des curateurs des tuteurs. Euh, après souvent on a. les nouveaux dossiers c'est parce qu'un appel de l'assistance sociale qui a appelé [nom de l'IDEC] en disant voilà j'ai une nouvelle demande ou même les infirmiers libéraux qui appelle. Oh là là, je vais chez une personne voudrait mieux que le SSIAD intervienne donc voilà c'est comme ça qu'on le sait, de par de nouveau dossier on le sait, par rapport à ce que nous disent les patients en fait. C'est comme ça qu'on apprend en fait en discutant et euh. Hum.
En discutant, vous discutez beaucoup ?
Ah oui, (Rire) c'est la base. (Rire). Soit avec [nom de l'IDEC] notre infirmière, soit avec les patients. Ouais c'est comme ça qu'on apprend et qu'on connaît les différents interlocuteurs.
Et quand vous dites que vous discutez avec [nom de l'IDEC] votre infirmière. Est ce que ? Comment ça se passe ?
Beh, comment ça se passe ? Euh, bah soit c'est, sous forme de réunions qui nous disent ben, voilà, qu'elle a eu un appel. Ou quand on a des situations plus compliquées c'est elle qui va dire, ben je vais prévenir le réseau donc c'est différents noms de personnes qu'elle interpelle. Ou, voilà c'est par des situations comme ça. Mais on peut arriver aussi à domicile ou l'assistante sociale et là par exemple. C'est déjà arrivé au, ou ça peut être des membres. J'ai déjà eu la MAIA une fois, une infirmière de la MAIA. Ouais, ils se présentent et puis du coup euh. C'est comme ça qu'on apprend aussi à les connaître. Hum
Par des rencontres qui ne sont pas spécialement prévu si je comprends bien.
Ben, voilà c'est ça. On arrive, « oh bonjour » (rire). Ouais, voilà Ça peut être des situations lors de visites à domicile où on n'est pas forcément mise au courant, voilà.

D’accord.
(Silence).
Est ce que vous voulez aborder autre chose sur ce sujet. Justement sur votre Métier, l'identité de votre métier aujourd'hui ?
Alors aujourd'hui je trouve qu’on.
Il se transforme.
Ah ouais, il se transforme et pas forcément positivement euh. De par la nouvelle formation là qui sortent, alors soit ils parlent d'écourter la formation d'aide-soignante ou le nouveau diplôme, je ne sais plus comment il s'appelle. Ou euh, issus, une auxiliaire de vie diplômées d'état enfin, je sais plus quoi. Elles ont un diplôme les auxiliaires de vie et si elles passent un module supplémentaire, up elles sont considérées aide-soignante. C'est le genre de choses qui m'agacent quoi. Enfin je veux dire euh. On est formée, on a un diplôme quoi. On a un diplôme d'état on l'a on l'a pas volé ce diplôme. On l'a. On a quand même fait une formation sur, sur dix mois. De plus en plus ils veulent l‘écouter.
Et notre PDG c'est le premier. Le PDG de l’ADMR, c’est le premier à dire que une auxiliaire de vie, qui enfin, vaut une aide-soignante. On a quand même des compétences qu'on a acquis, enfin. On, on peut pas devenir aide soignante comme ça c’est. Pour moi, c'est vraiment dommage. C'est, je trouve qu'on a. J'arrive pas à comprendre, pourquoi on veut passer sur un diplôme low-cost en se disant que, qu'il suffit de passer un module différents et paf on aide soignante quoi. Bah non, enfin, il y’a quand même des compétences à acquérir. A la base aide-soignante, c’est la première, c'est à peu près les mêmes, mêmes notions que la première année d’infirmière. C’est, c'est pas un, c’est pas n'importe quoi c'est pas. On s'arrête pas à une simple toilette. Y’a quand même euh. C’est vraiment un ensemble. Et j'ai vraiment, vraiment du mal avec ça en fait. Et qu'on s'arrête à se dire, voilà si elle est capable de faire une toilette génito-anale, elle est aide soignante !
Ben, heureusement que mon métier, s'arrête pas à ça. parce qu’on ferait que des toilettes génito-anales et puis, et puis c'est tout quoi. il y a toute une surveillance derrière et. Et ouais voilà. Ça, ça m'énerve ! ça m'énerve ! C’est comme les, c’est comme les, les comment les CAP, les CAP BEP SAPAT. Où ils valident des modules aides-soignants euh, durant leur stage. C’est pas possible ! Je et après elles rentrent en école d’aide-soignante elles valident les quatre modules qui leur restent et bing elles sont aides-soignantes. Enfin non ! Non ! Enfin, j’ai rien contre ces personnes qui le font attention. J’ai ma cousine qu'il le fait je l’encourage à devenir aide-soignante. Et euh, du coup j'ai eu une discussion, il y a encore pas longtemps ou je lui ai dit vas-y tente tes concours ! Bon, elle a pas réussi. Et ces parents me disent. Mes oncles et mes, mes cousins ils me disent « mais pourquoi tu veux absolument qu’elle soit aide soignante ». Mais parce que il lui reste en plus que quatre modules a valider et elle est aide-soignante. Mais on a quand même des compétences en formation euh, qui sont quand même pas négligeable et faut pas s'arrêter euh. Et ouais. Non mais moi je revois une stagiaire en l'hôpital qui avait rien fait son stage et qu'elle dise en partant de son stage : « ouais, je m’en fou de toute façon j'ai validé trois modules ». Mais mon dieu ! Je me dis mais c’est ça nos futurs collègues ! et il lui reste à passer quatre autres modules et ça y est ! Ah non ! Non, non ! ça me, ouais, non ! Ca m’agasse un petit peu. Mais euh ouais.
Les mentalités changent aussi euh. Elles veulent plus travailler les week-ends où il y a tel ou tel chose euh. Y’a dix ans en arrière on m'a pas fait de cadeaux quoi. On m’a dit tu travailles un week-end sur deux, bah, tu travaille un week-end sur deux, quoi. Tant pis tu couines pas, c’est comme ça. C’est, c'est le métier qui veut ça. Mais au jour d'aujourd'hui non, il n'y a plus il y a plus tout ça quoi. Enfin, ouais, y’a des choses, ouais qui m’agasse un petit peu.

Entendre des auxiliaires de vie des fois elles ont des excuses bidons et ça m'énerve ! Comment. Enfin ouais, non ! (rire) C'est non. On n'est pas un métier low-cost et c'est pas parce que. il faut garder je pense ses compétences et faux pas euh. Déjà la formation de base a été réduite d'un an à 10 mois. C'est déjà beaucoup. Faut pas la réduire plus. Il y a tellement de compétences à acquérir. Euh, enfin voila. C'est complètement différent. Ah moi je suis contente d'avoir eu toute l'expérience que j'ai pu avoir avant pour faire du domicile. Même si j'ai pas fait tous les services. Mais ouais, au niveau et voilà c'est faux pas.

Quand vous dites compétences à acquérir : « il ya plein de compétences à acquérir », qu'elles sont elles justement ?

Les compétences à acquérir, c'est pas seulement que du soin c'est aussi euh. Comment dire. Ben voilà euh, faire attention voilà, aux états cutanée par exemple. Pouvoir euh, alerter ne pas, euh, enfin voilà. Faire attention. Il y a quand même des choses qu'on tilt, qu'on tilt tout de suite, quand on parle de douleur. il y a certaines.

Si par exemple je peux comparer quelque chose. Y'a encore une auxiliaire de vie

Il y a pas longtemps qui m'a dit : « je ne sais toujours pas les, les gestes de, de premiers secours. Donc si une personnes s'étouffe, je fais quoi ». Ah ben ouais (rire) c'est ballot ! Sachant que cette même personne donne à manger régulièrement aux patients ! Et là on se dit, ah ouais on en est là quoi ! Donc elles sont censés être le même niveau que nous mais les gestes de soins d'urgence, c'est pas, c'est pas la quoi. Surveillance de l'état cutanée, de l'état général c'est pouvoir alerter et quand des fois on a le 15 au téléphone qui nous disent « prenez tout une tension, vérifier le pouls et etc. ». Ben si on l'a pas appris, on peut pas le deviner. C'est plein de petites compétences comme ça. Une perfusion qui, qui est passée trop vite et la personne, elle a, on le voit des fois, le membre qui est très gonflé et. Une auxiliaire de vie peut complètement par exemple paniquer, si elle ne sait pas le pourquoi du comment. il ya quand même des surveillances qui, qui auquel il faut quand même faire attention. Donc ouais non ça me. C'est on ne s'arrête pas que justement au soin d'une bouche ou d'une toilette quoi. C'est vraiment, c'est vraiment un tout quoi. ou même quand elle pose des questions sur des matelas. Bah ouais mais c'est des questions tout, qui peuvent nous paraître toute simple mais si on les a pas, si on ne sait pas, on peut pas deviner. Tout comme l'utilisation du matériel un. Très souvent des auxiliaires de vie sont difficulté juste avec un verticalisateur. Donc à ce moment là, euh, on part faire des doubleurs avec elles, sur des situations qu'on a en commun, en commun. Pour pouvoir les aider pour pouvoir les rassurer. Parce que utilisé en verticalisateur peu, leur paraît vraiment insurmontable, comme utiliser un lève personne mais tout ça.

C'est vrai que quand on l'a pratiqué des années des années. Ouais, c'est là qu'on se rend compte que, qui a quand même des compétences à acquérir et que. C'est pas.ça s'apprend pas quoi. Enfin si ça s'apprend mais ça s'invente pas si on ne sait pas si on ne l'a pas appris on ne peut pas deviner. il ya plein de choses qu'on peut pas deviner. Justement d'où l'enrichissement professionnel de faire des formations. D'être formée et même de se former entre nous ça peu importe. Mais voilà. Faut pas, si on n'a pas fait les formations, si on n'a pas fait les stages, si on n'a pas fait tout ça. bah je vois difficilement comment on peut acquérir ces compétences quoi. On le voit encore plus avec la covid. L'hygiène est quand même très importante au niveau des directions mais si on n'a pas appris comment désinfecter telle ou telle chose comme on peut le deviner. ça s'invente pas à quoi. C'est se sont des protocoles à apprendre. C'est mettre des surblouses les masques ffp2 les. Comment enlever des gants ça peut paraître simple. On met des gants et on les enlève. et bien tout le monde ne sait pas le faire en tant qu'auxiliaire de vie. On a dû leur apprendre à les enlever, s'enlever un gant par un gant. Enfin vraiment, le fait de le rouler dans l'autre gant. Eh bien ça on a dû leur apprendre

parce qu'elle ne savait pas. C’est plein de petites choses qui sont qui nous paraissent, nous mais. C’est acquis depuis très longtemps. Mais si on n'apprend pas. Si on ne fait pas la formation, on ne peut pas le deviner. Et du coup c'est vraiment dommage de passer à côté de ca quoi. Comme quoi la formation d'aides-soignants ou le diplôme quel qu'il soit il faut vraiment vraiment les passer.
C’est parce qu'il ya des choses qu'on ne peut pas, pas passer à côté de ce à quoi. On peut pas écourter les formations au départ, il faut pas quoi. Bientôt la formation d'infirmier ça sera un six mois. Non ! C’est non ! Mais c'est pas possible ! C’est pas possible ! et on va mettre en danger nos, les patients. on l'a vu. On a pu le voir à la télé ou des infirmiers qui connaissait rien en réa, on fait une formation, sur très court terme pour qu'elle aille travailler en réanimation. Mais euh, c'est difficile. Enfin, on peut pas être formés sur quelques heures, sur des services qui sont beaucoup plus complexes. On peut pas tout acquérir comme ça. Donc il faut faire attention à ça je pense. Mais j'ai rien contre les auxiliaires de vie bien au contraire c'est très bien qu’elles s’enrichissent et qu'elles fassent des formations. Mais, mais on peut pas. Pour moi je trouve ça ahurissant que juste en passant un module elles deviennent aide soignante quoi. Hum.
(silence)
Est-ce que vous voulez rajouter autre chose ?
Non c’est bon
Est ce que vous voulez du couple enregistrements ?
Comme vous voulez.

Université de Rouen
UFR SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIETE
Département de Sciences de l'Education
Mémoire de MASTER 2 PROFESSIONNEL
Métiers de la formation, parcours Ingénierie et Conseil en Formation

Belliard-Coutant Carole
Née Coutant Carole

Directeur de mémoire : Guirimand Nicolas

Titre du mémoire :

Les transformations identitaires de l'aide-soignant au regard de la nouvelle organisation en santé

Mots clés : dynamiques identitaires, aide-soignant, collaboration, domicile, professionnalisation

Résumé :

Depuis la loi HPST (Hôpital patients santé territoire), l'organisation en santé s'oriente davantage sur le territoire et l'exercice en collaboration interprofessionnelle.

Aujourd'hui le métier d'aide-soignant se déploie en services de soins à domicile. A l'aube d'un nouveau référentiel de formation, en qualité de formateur en service à la personne, il nous semble important de s'intéresser aux possibles transformations identitaires du métier d'aide-soignant face à cette nouvelle organisation centrée sur le patient.

Cette recherche a pour objectif de cibler l'identité de l'aide-soignant à domicile afin de mieux appréhender les besoins en formation de ce dernier.

Grâce à l'explicitation du contexte de la recherche et en s'appuyant sur un cadre théorique reprenant les concepts de professionnalisation (Wittorski Richard), dynamiques identitaires (Kaddouri Modkar) et collaboration interprofessionnelle (Careau et al et D'amour Daniel), nous avons pu élaborer une question de recherche et des hypothèses s'y rattachant. La formulation est la suivante : *quelles sont les transformations identitaires actuelles des aides-soignants en formation initiale ?*

Cette première recherche documentaire a guidé notre regard lors de la réalisation de l'enquête qualitative effectuée auprès d'aides-soignants exerçant en service de soins à domicile.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que les services de soins à domicile concourent à la conversion identitaire des aides-soignants.